



CÓD: OP-108ST-21  
7908403511679

# **GHC-RS**

***GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL***

Técnico de Enfermagem (Saúde do Trabalhador)

**CONCURSO PÚBLICO Nº 03/2021**

## **Língua Portuguesa**

1. Leitura e compreensão de textos: Assunto. Estruturação do texto. Ideias principais e secundárias. Relação entre as ideias. Efeitos de sentido. Recursos de argumentação. . . . .	01
2. Figuras de linguagem. . . . .	10
3. Informações implícitas: pressupostos e subentendidos. . . . .	12
4. Coesão e coerência textuais. . . . .	13
5. Léxico: Significação de palavras e expressões no texto. Substituição de palavras e de expressões no texto. . . . .	14
6. Estrutura e formação de palavras. . . . .	15
7. Ortografia: emprego de letras e acentuação gráfica sistema oficial vigente (inclusive o Acordo Ortográfico vigente, conforme Decreto 7.875/12). Relações entre fonemas e grafias. . . . .	16
8. Aspectos linguísticos: Relações morfossintáticas. Flexões e emprego de classes gramaticais. Vozes verbais e sua conversão. . . . .	18
9. Coordenação e subordinação: emprego das conjunções, das locuções conjuntivas e dos pronomes relativos. . . . .	24
10. Concordância nominal e verbal. . . . .	26
11. Regência nominal e verbal (inclusive emprego do acento indicativo de crase). . . . .	28
12. Pontuação. . . . .	29

## **Informática**

1. CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS XP: (1) Área de Trabalho (Exibir, Classificar, Atualizar, Resolução da tela, Gadgets) e Menu Iniciar (Documentos, Imagens, Computador, Painel de Controle, Dispositivos e Impressoras, programa Padrão, Ajuda e Suporte, Desligar, Todos os programas, Pesquisar programa e Arquivos e Ponto de Partida): saber trabalhar, exibir, alterar, organizar, classificar, ver as propriedades, identificar, usar e configurar, utilizando menus rápidos ou suspensos, painéis, listas, caixa de pesquisa, menus, ícones, janelas, teclado e/ou mouse; (2) Propriedades da Barra de Tarefas, do Menu Iniciar e do Gerenciador de Tarefas: saber trabalhar, exibir, alterar, organizar, identificar, usar, fechar programa e configurar, utilizando as partes da janela (botões, painéis, listas, caixa de pesquisa, caixas de marcação, menus, ícones e etc.), teclado e/ou mouse; (3) Janelas (navegação no Windows e o trabalho com arquivos, pastas e bibliotecas), Painel de Controle e Lixeira: saber exibir, alterar, organizar, identificar, usar e configurar ambientes, componentes da janela, menus, barras de ferramentas e ícones; usar as funcionalidades das janelas, programa e aplicativos utilizando as partes da janela (botões, painéis, listas, caixa de pesquisa, caixas de marcação, menus, ícones e etc.), teclado e/ou mouse; (4) Bibliotecas, Arquivos, Pastas, Ícones e Atalhos: realizar ações e operações sobre bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos: localizar, copiar, mover, criar, criar atalhos, criptografar, ocultar, excluir, recortar, colar, renomear, abrir, abrir com, editar, enviar para, propriedades e etc.; e (5) Nomes válidos: identificar e utilizar nomes válidos para bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos. . . . .	01
2. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT WORD 2010: (1) Ambiente e Componentes do Programa: saber identificar, caracterizar, usar, alterar, configurar e personalizar o ambiente, componentes da janela, funcionalidades, menus, ícones, barra de ferramentas, guias, grupos e botões, incluindo número de páginas e palavras, erros de revisão, idioma, modos de exibição do documento e zoom; (2) Documentos: abrir, fechar, criar, excluir, visualizar, formatar, alterar, salvar, configurar documentos, utilizado as barras de ferramentas, menus, ícones, botões, guias e grupos da Faixa de Opções, teclado e/ou mouse; (3) Barra de Ferramentas: identificar e utilizar os botões e ícones das barras de ferramentas das guias e grupos Início, Inserir, Layout da Página, Referências, Correspondências, Revisão e Exibição, para formatar, personalizar, configurar, alterar e reconhecer a formatação de textos e documentos; e (4) Ajuda: saber usar a Ajuda. . . . .	08
3. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT EXCEL 2010: (1) Ambiente e Componentes do Programa: saber identificar, caracterizar, usar, alterar, configurar e personalizar o ambiente, componentes da janela, funcionalidades, menus, ícones, barra de ferramentas, guias, grupos e botões; (2) Elementos: definir e identificar célula, planilha e pasta; saber selecionar e reconhecer a seleção de células, planilhas e pastas; (3) Planilhas e Pastas: abrir, fechar, criar, visualizar, formatar, salvar, alterar, excluir, renomear, personalizar, configurar planilhas e pastas, utilizar fórmulas e funções, utilizar as barras de ferramentas, menus, ícones, botões, guias e grupos da Faixa de Opções, teclado e/ou mouse; (4) Barra de Ferramentas: identificar e utilizar os ícones e botões das barras de ferramentas das guias e grupos Início, Inserir, Layout da Página, Fórmulas, Dados, Revisão e Exibição, para formatar, alterar, selecionar células, configurar, reconhecer a formatação de textos e documentos e reconhecer a seleção de células; (5) Fórmulas: saber o significado e resultado de fórmulas; e (6) Ajuda: saber usar a Ajuda. . . . .	13
4. GOOGLE CHROME VERSÃO ATUALIZADA: (1) Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; (2) Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Google Chrome. 5. MOZILLA FIREFOX VERSÃO ATUALIZADA: (1) Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; (2) Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Mozilla Firefox. 6. INTERNET EXPLORER 11: (1) identificar o ambiente, características e componentes da janela principal do Internet Explorer; (2) identificar e usar as funcionalidades da barra de ferramentas e de status; (3) identificar e usar as funcionalidades dos menus; (4) identificar e usar as funcionalidades das barras de Menus, Favoritos, Botões do Modo de Exibição de Compatibilidade, Barra de Comandos, Barra de Status; e (5) utilizar teclas de atalho para qualquer operação. . . . .	19

---

## **Políticas Públicas de 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).....	01
2. Estatuto do Idoso. BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. . . .	22
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. . . . .	31
4. Estatuto da Criança e do Adolescente. BRASIL. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1991. . . . .	66
5. Constituição Federal: Artigos 196, 197, 198, 199 e 200. . . . .	102
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. . . . .	105
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. . .	108
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. . . . .	116

## **Conhecimentos Específicos - Parte 1** **Técnico de Enfermagem (Saúde do Trabalhador)**

1. Atendimento a múltiplas vítimas. . . . .	01
2. Prevenção do trauma. . . . .	03
3. Biomecânica do trauma. . . . .	07
4. Avaliação e atendimento inicial às emergências. . . . .	11
5. Suporte Básico de Vida. . . . .	12
6. Trauma torácico. . . . .	19
7. Alterações Circulatórias. . . . .	22
8. Trauma abdominal. . . . .	25
9. Trauma Cranioencefálico. . . . .	29
10. Trauma raquimedular. . . . .	35
11. Trauma Musculoesquelético. . . . .	42
12. Trauma Térmico. . . . .	42
13. Trauma na Criança. . . . .	44
14. Trauma no Idoso. . . . .	47
15. Triagem, transporte, materiais e equipamentos para sala de emergência. . . . .	51
16. Queimaduras - tratamento e condutas de enfermagem. . . . .	52
17. Síndrome de Abstinência do álcool condutas de enfermagem. Alterações metabólicas. . . . .	55
18. Psiquiatria e condutas do enfermagem/abordagem. . . . .	58
19. Administração de drogas em urgência e emergência. . . . .	73
20. ECG – alterações básicas. . . . .	76
21. Desfibrilação Automática Externa. . . . .	78
22. Acidentes com animais peçonhentos - suporte básico de vida/ suporte avançado de vida. . . . .	79
23. Cuidados e procedimentos gerais desenvolvidos pelo profissional Técnico de Enfermagem. . . . .	84
24. O que são DSTs, sintomas, modos de transmissão. AIDS: Sintomas e fases da doença, tratamento. . . . .	85
25. Hepatites: vacinas disponíveis, sintomas da doença. . . . .	92
26. Câncer do colo de útero e mamas: Prevenção, detecção precoce, tratamento fornecido pela equipe de saúde, sintomas da doença. . . . .	94
27. Lavagem das mãos e suas implicações. . . . .	96
28. Responsabilidade ética e profissional em Enfermagem. . . . .	98
29. Cuidados de enfermagem com movimentação, deambulação, aplicação de medicamentos, higiene e conforto de pacientes acamados, . . . . .	105
30. Preparo de doentes para cirurgias, enfermagem no centro cirúrgico. . . . .	151
31. Relacionar vacinas às doenças, seu armazenamento, calendário e vias de administração. . . . .	157

32. Realização de curativos .....	170
33. Vias de administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, registro no prontuário, cálculo de diluição de medicações, transformação de grandezas matemáticas (miligramas, mililitros, gotas, horas, minutos) e suas combinações no preparo e administração de medicações. ....	173
34. Classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. ....	173
35. Doenças de notificação compulsória em território nacional. ....	174
36. Termos utilizados em enfermagem e seus conceitos. ....	183
37. Atendimento, orientação e acompanhamento à pacientes portadores de ostomias. ....	185
38. Rede de atenção à Saúde: Organização PanAmericana da Saúde, Representação Brasil. ....	186
39. Lei nº 7498/1986 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. ....	188

## **Conhecimentos Específicos - Parte 2**

### **Técnico de Enfermagem (Saúde do Trabalhador)**

1. Segurança do Trabalho: histórico da Segurança do Trabalho. Doenças relacionadas ao trabalho. ....	01
2. Classificação dos riscos ambientais Normas regulamentadoras da Portaria nº 3.214/1978 e suas atualizações: ....	16
3. NR – 05 - regulamenta o funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA); ....	17
4. NR 06 - Equipamentos de Proteção Individual – EPI; ....	20
5. NR – 07 - implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO); ....	24
6. NR 08; NR 08 – Edificações; ....	26
7. NR 09 - Programas de Prevenção de Riscos Ambientais; ....	27
8. NR 10 - Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade; ....	29
9. NR 11 - Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais; ....	34
10. NR 15 - Atividades e Operações Insalubres; ....	39
11. NR 16 - Atividades e Operações Perigosas; ....	54
12. NR 17 – Ergonomia; ....	59
13. NR 19 – Explosivos; ....	61
14. NR 20 - Líquidos combustíveis e inflamáveis; ....	69
15. NR 21 - Trabalho a Céu Aberto; ....	84
16. NR 23 - Proteção Contra Incêndios; ....	85
17. NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho; ....	85
18. NR 26 - Sinalização de Segurança; ....	90
19. NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde; ....	92
20. NR 33 - Segurança e Saúde no Trabalho em espaços confinados; ....	100
21. NR 35 - Trabalho em altura; ....	103
22. NHO 1 – Avaliação da exposição ocupacional ao ruído; ....	110
23. NHO 6 – Avaliação da exposição ocupacional ao calor; ....	110
24. NHO 11 – Avaliação dos níveis de iluminação em ambientes internos de trabalho. ....	110
25. Urgência e emergência em saúde ocupacional; ....	110
26. Lei nº 7.498/1986 (Lei do exercício profissional), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987. ....	110
27. Código de Ética e Deontologia da Enfermagem – análise crítica. ....	110
28. Bioética .....	110

---

---

## LÍNGUA PORTUGUESA

---

1. Leitura e compreensão de textos: Assunto. Estruturação do texto. Ideias principais e secundárias. Relação entre as ideias. Efeitos de sentido. Recursos de argumentação. ....	01
2. Figuras de linguagem. ....	10
3. Informações implícitas: pressupostos e subentendidos. ....	12
4. Coesão e coerência textuais. ....	13
5. Léxico: Significação de palavras e expressões no texto. Substituição de palavras e de expressões no texto. ....	14
6. Estrutura e formação de palavras. ....	15
7. Ortografia: emprego de letras e acentuação gráfica sistema oficial vigente (inclusive o Acordo Ortográfico vigente, conforme Decreto 7.875/12). Relações entre fonemas e grafias. ....	16
8. Aspectos linguísticos: Relações morfossintáticas. Flexões e emprego de classes gramaticais. Vozes verbais e sua conversão. ....	18
9. Coordenação e subordinação: emprego das conjunções, das locuções conjuntivas e dos pronomes relativos. ....	24
10. Concordância nominal e verbal. ....	26
11. Regência nominal e verbal (inclusive emprego do acento indicativo de crase). ....	28
12. Pontuação. ....	29

**LEITURA E COMPREENSÃO DE TEXTOS: ASSUNTO. ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO. IDEIAS PRINCIPAIS E SECUNDÁRIAS. RELAÇÃO ENTRE AS IDEIAS. EFEITOS DE SENTIDO. RECURSOS DE ARGUMENTAÇÃO**

Compreender e interpretar textos é essencial para que o objetivo de comunicação seja alcançado satisfatoriamente. Com isso, é importante saber diferenciar os dois conceitos. Vale lembrar que o texto pode ser verbal ou não-verbal, desde que tenha um sentido completo.

A **compreensão** se relaciona ao entendimento de um texto e de sua proposta comunicativa, decodificando a mensagem explícita. Só depois de compreender o texto que é possível fazer a sua interpretação.

A **interpretação** são as conclusões que chegamos a partir do conteúdo do texto, isto é, ela se encontra para além daquilo que está escrito ou mostrado. Assim, podemos dizer que a interpretação é subjetiva, contando com o conhecimento prévio e do repertório do leitor.

Dessa maneira, para compreender e interpretar bem um texto, é necessário fazer a decodificação de códigos linguísticos e/ou visuais, isto é, identificar figuras de linguagem, reconhecer o sentido de conjunções e preposições, por exemplo, bem como identificar expressões, gestos e cores quando se trata de imagens.

**Dicas práticas**

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.

2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.

3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.

4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.

5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: *o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor...* Já as questões que esperam **interpretação do texto** aparecem com as seguintes expressões: *conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...*

**Tipologia Textual**

A partir da estrutura linguística, da função social e da finalidade de um texto, é possível identificar a qual tipo e gênero ele pertence. Antes, é preciso entender a diferença entre essas duas classificações.

**Tipos textuais**

A tipologia textual se classifica a partir da estrutura e da finalidade do texto, ou seja, está relacionada ao modo como o texto se apresenta. A partir de sua função, é possível estabelecer um padrão específico para se fazer a enunciação.

Veja, no quadro abaixo, os principais tipos e suas características:

<b>TEXTO NARRATIVO</b>	Apresenta um enredo, com ações e relações entre personagens, que ocorre em determinados espaço e tempo. É contado por um narrador, e se estrutura da seguinte maneira: apresentação > desenvolvimento > clímax > desfecho
<b>TEXTO DISSERTATIVO ARGUMENTATIVO</b>	Tem o objetivo de defender determinado ponto de vista, persuadindo o leitor a partir do uso de argumentos sólidos. Sua estrutura comum é: introdução > desenvolvimento > conclusão.
<b>TEXTO EXPOSITIVO</b>	Procura expor ideias, sem a necessidade de defender algum ponto de vista. Para isso, usa-se comparações, informações, definições, conceitualizações etc. A estrutura segue a do texto dissertativo-argumentativo.
<b>TEXTO DESCRITIVO</b>	Expõe acontecimentos, lugares, pessoas, de modo que sua finalidade é descrever, ou seja, caracterizar algo ou alguém. Com isso, é um texto rico em adjetivos e em verbos de ligação.
<b>TEXTO INJUNTIVO</b>	Oferece instruções, com o objetivo de orientar o leitor. Sua maior característica são os verbos no modo imperativo.

**Gêneros textuais**

A classificação dos gêneros textuais se dá a partir do reconhecimento de certos padrões estruturais que se constituem a partir da função social do texto. No entanto, sua estrutura e seu estilo não são tão limitados e definidos como ocorre na tipologia textual, podendo se apresentar com uma grande diversidade. Além disso, o padrão também pode sofrer modificações ao longo do tempo, assim como a própria língua e a comunicação, no geral.

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

### ARGUMENTAÇÃO

O ato de comunicação não visa apenas transmitir uma informação a alguém. Quem comunica pretende criar uma imagem positiva de si mesmo (por exemplo, a de um sujeito educado, ou inteligente, ou culto), quer ser aceito, deseje que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

Se essa é a finalidade última de todo ato de comunicação, todo texto contém um componente argumentativo. A argumentação é o conjunto de recursos de natureza linguística destinados a persuadir a pessoa a quem a comunicação se destina. Está presente em todo tipo de texto e visa a promover adesão às teses e aos pontos de vista defendidos.

As pessoas costumam pensar que o argumento seja apenas uma prova de verdade ou uma razão indiscutível para comprovar a veracidade de um fato. O argumento é mais que isso: como se disse acima, é um recurso de linguagem utilizado para levar o interlocutor a crer naquilo que está sendo dito, a aceitar como verdadeiro o que está sendo transmitido. A argumentação pertence ao domínio da retórica, arte de persuadir as pessoas mediante o uso de recursos de linguagem.

Para compreender claramente o que é um argumento, é bom voltar ao que diz Aristóteles, filósofo grego do século IV a.C., numa obra intitulada *“Tópicos: os argumentos são úteis quando se tem de escolher entre duas ou mais coisas”*.

Se tivermos de escolher entre uma coisa vantajosa e uma desvantajosa, como a saúde e a doença, não precisamos argumentar. Suponhamos, no entanto, que tenhamos de escolher entre duas coisas igualmente vantajosas, a riqueza e a saúde. Nesse caso, precisamos argumentar sobre qual das duas é mais desejável. O argumento pode então ser definido como qualquer recurso que torna uma coisa mais desejável que outra. Isso significa que ele atua no domínio do preferível. Ele é utilizado para fazer o interlocutor crer que, entre duas teses, uma é mais provável que a outra, mais possível que a outra, mais desejável que a outra, é preferível à outra.

O objetivo da argumentação não é demonstrar a verdade de um fato, mas levar o ouvinte a admitir como verdadeiro o que o enunciador está propondo.

Há uma diferença entre o raciocínio lógico e a argumentação. O primeiro opera no domínio do necessário, ou seja, pretende demonstrar que uma conclusão deriva necessariamente das premissas propostas, que se deduz obrigatoriamente dos postulados admitidos. No raciocínio lógico, as conclusões não dependem de crenças, de uma maneira de ver o mundo, mas apenas do encadeamento de premissas e conclusões.

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

*A é igual a B.*

*A é igual a C.*

*Então: C é igual a A.*

Admitidos os dois postulados, a conclusão é, obrigatoriamente, que C é igual a A.

Outro exemplo:

*Todo ruminante é um mamífero.*

*A vaca é um ruminante.*

*Logo, a vaca é um mamífero.*

Admitidas como verdadeiras as duas premissas, a conclusão também será verdadeira.

No domínio da argumentação, as coisas são diferentes. Nele, a conclusão não é necessária, não é obrigatória. Por isso, deve-se mostrar que ela é a mais desejável, a mais provável, a mais plausível. Se o Banco do Brasil fizer uma propaganda dizendo-se mais confiável do que os concorrentes porque existe desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, ele estará dizendo-nos que um banco com quase dois séculos de existência é sólido e, por isso, confiável. Embora não haja relação necessária entre a solidez de uma instituição bancária e sua antiguidade, esta tem peso argumentativo na afirmação da confiabilidade de um banco. Portanto é provável que se creia que um banco mais antigo seja mais confiável do que outro fundado há dois ou três anos.

Enumerar todos os tipos de argumentos é uma tarefa quase impossível, tantas são as formas de que nos valemos para fazer as pessoas preferirem uma coisa a outra. Por isso, é importante entender bem como eles funcionam.

Já vimos diversas características dos argumentos. É preciso acrescentar mais uma: o convencimento do interlocutor, o **auditório**, que pode ser individual ou coletivo, será tanto mais fácil quanto mais os argumentos estiverem de acordo com suas crenças, suas expectativas, seus valores. Não se pode convencer um auditório pertencente a uma dada cultura enfatizando coisas que ele abomina. Será mais fácil convencê-lo valorizando coisas que ele considera positivas. No Brasil, a publicidade da cerveja vem com frequência associada ao futebol, ao gol, à paixão nacional. Nos Estados Unidos, essa associação certamente não surtiria efeito, porque lá o futebol não é valorizado da mesma forma que no Brasil. O poder persuasivo de um argumento está vinculado ao que é valorizado ou desvalorizado numa dada cultura.

### **Tipos de Argumento**

Já verificamos que qualquer recurso linguístico destinado a fazer o interlocutor dar preferência à tese do enunciador é um argumento. Exemplo:

#### **Argumento de Autoridade**

É a citação, no texto, de afirmações de pessoas reconhecidas pelo auditório como autoridades em certo domínio do saber, para servir de apoio àquilo que o enunciador está propondo. Esse recurso produz dois efeitos distintos: revela o conhecimento do produtor do texto a respeito do assunto de que está tratando; dá ao texto a garantia do autor citado. É preciso, no entanto, não fazer do texto um amontoado de citações. A citação precisa ser pertinente e verdadeira. Exemplo:

*“A imaginação é mais importante do que o conhecimento.”*

*Quem disse a frase aí de cima não fui eu... Foi Einstein. Para ele, uma coisa vem antes da outra: sem imaginação, não há conhecimento. Nunca o inverso.*

**Alex José Periscinoto.**  
**In: Folha de S. Paulo, 30/8/1993, p. 5-2**

A tese defendida nesse texto é que a imaginação é mais importante do que o conhecimento. Para levar o auditório a aderir a ela, o enunciador cita um dos mais célebres cientistas do mundo. Se um físico de renome mundial disse isso, então as pessoas devem acreditar que é verdade.

### **Argumento de Quantidade**

É aquele que valoriza mais o que é apreciado pelo maior número de pessoas, o que existe em maior número, o que tem maior duração, o que tem maior número de adeptos, etc. O fundamento desse tipo de argumento é que mais = melhor. A publicidade faz largo uso do argumento de quantidade.

### **Argumento do Consenso**

É uma variante do argumento de quantidade. Fundamenta-se em afirmações que, numa determinada época, são aceitas como verdadeiras e, portanto, dispensam comprovações, a menos que o objetivo do texto seja comprovar alguma delas. Parte da ideia de que o consenso, mesmo que equivocado, corresponde ao indiscutível, ao verdadeiro e, portanto, é melhor do que aquilo que não desfruta dele. Em nossa época, são consensuais, por exemplo, as afirmações de que o meio ambiente precisa ser protegido e de que as condições de vida são piores nos países subdesenvolvidos. Ao confiar no consenso, porém, corre-se o risco de passar dos argumentos válidos para os lugares comuns, os preconceitos e as frases carentes de qualquer base científica.

### **Argumento de Existência**

É aquele que se fundamenta no fato de que é mais fácil aceitar aquilo que comprovadamente existe do que aquilo que é apenas provável, que é apenas possível. A sabedoria popular enuncia o argumento de existência no provérbio *“Mais vale um pássaro na mão do que dois voando”*.

Nesse tipo de argumento, incluem-se as provas documentais (fotos, estatísticas, depoimentos, gravações, etc.) ou provas concretas, que tornam mais aceitável uma afirmação genérica. Durante a invasão do Iraque, por exemplo, os jornais diziam que o exército americano era muito mais poderoso do que o iraquiano. Essa afirmação, sem ser acompanhada de provas concretas, poderia ser vista como propagandística. No entanto, quando documentada pela comparação do número de canhões, de carros de combate, de navios, etc., ganhava credibilidade.

### **Argumento quase lógico**

É aquele que opera com base nas relações lógicas, como causa e efeito, analogia, implicação, identidade, etc. Esses raciocínios são chamados quase lógicos porque, diversamente dos raciocínios lógicos, eles não pretendem estabelecer relações necessárias entre os elementos, mas sim instituir relações prováveis, possíveis, plausíveis. Por exemplo, quando se diz *“A é igual a B”, “B é igual a C”, “então A é igual a C”*, estabelece-se uma relação de identidade lógica. Entretanto, quando se afirma *“Amigo de amigo meu é meu amigo”* não se institui uma identidade lógica, mas uma identidade provável.

Um texto coerente do ponto de vista lógico é mais facilmente aceito do que um texto incoerente. Vários são os defeitos que concorrem para desqualificar o texto do ponto de vista lógico: fugir do tema proposto, cair em contradição, tirar conclusões que não se fundamentam nos dados apresentados, ilustrar afirmações gerais com fatos inadequados, narrar um fato e dele extrair generalizações indevidas.

### **Argumento do Atributo**

É aquele que considera melhor o que tem propriedades típicas daquilo que é mais valorizado socialmente, por exemplo, o mais raro é melhor que o comum, o que é mais refinado é melhor que o que é mais grosseiro, etc.

Por esse motivo, a publicidade usa, com muita frequência, celebridades recomendando prédios residenciais, produtos de beleza, alimentos estéticos, etc., com base no fato de que o consumidor tende a associar o produto anunciado com atributos da celebridade.

Uma variante do argumento de atributo é o argumento da competência linguística. A utilização da variante culta e formal da língua que o produtor do texto conhece a norma linguística socialmente mais valorizada e, por conseguinte, deve produzir um texto em que se pode confiar. Nesse sentido é que se diz que o modo de dizer dá confiabilidade ao que se diz.

Imagine-se que um médico deva falar sobre o estado de saúde de uma personalidade pública. Ele poderia fazê-lo das duas maneiras indicadas abaixo, mas a primeira seria infinitamente mais adequada para a persuasão do que a segunda, pois esta produziria certa estranheza e não criaria uma imagem de competência do médico:

*- Para aumentar a confiabilidade do diagnóstico e levando em conta o caráter invasivo de alguns exames, a equipe médica houve por bem determinar o internamento do governador pelo período de três dias, a partir de hoje, 4 de fevereiro de 2001.*

*- Para conseguir fazer exames com mais cuidado e porque alguns deles são barrapésada, a gente botou o governador no hospital por três dias.*

Como dissemos antes, todo texto tem uma função argumentativa, porque ninguém fala para não ser levado a sério, para ser ridicularizado, para ser desmentido: em todo ato de comunicação deseja-se influenciar alguém. Por mais neutro que pretenda ser, um texto tem sempre uma orientação argumentativa.

A orientação argumentativa é uma certa direção que o falante traça para seu texto. Por exemplo, um jornalista, ao falar de um homem público, pode ter a intenção de criticá-lo, de ridicularizá-lo ou, ao contrário, de mostrar sua grandeza.

O enunciador cria a orientação argumentativa de seu texto dando destaque a uns fatos e não a outros, omitindo certos episódios e revelando outros, escolhendo determinadas palavras e não outras, etc. Veja:

*“O clima da festa era tão pacífico que até sogras e noras trocavam abraços afetuosos.”*

O enunciador aí pretende ressaltar a ideia geral de que noras e sogras não se toleram. Não fosse assim, não teria escolhido esse fato para ilustrar o clima da festa nem teria utilizado o termo até, que serve para incluir no argumento alguma coisa inesperada.

Além dos defeitos de argumentação mencionados quando tratamos de alguns tipos de argumentação, vamos citar outros:

- Uso sem delimitação adequada de palavra de sentido tão amplo, que serve de argumento para um ponto de vista e seu contrário. São noções confusas, como paz, que, paradoxalmente, pode ser usada pelo agressor e pelo agredido. Essas palavras podem ter valor positivo (paz, justiça, honestidade, democracia) ou vir carregadas de valor negativo (autoritarismo, degradação do meio ambiente, injustiça, corrupção).

- Uso de afirmações tão amplas, que podem ser derrubadas por um único contra exemplo. Quando se diz “*Todos os políticos são ladrões*”, basta um único exemplo de político honesto para destruir o argumento.

- Emprego de noções científicas sem nenhum rigor, fora do contexto adequado, sem o significado apropriado, vulgarizando-as e atribuindo-lhes uma significação subjetiva e grosseira. É o caso, por exemplo, da frase “*O imperialismo de certas indústrias não permite que outras cresçam*”, em que o termo imperialismo é descabido, uma vez que, a rigor, significa “*ação de um Estado visando a reduzir outros à sua dependência política e econômica*”.

A boa argumentação é aquela que está de acordo com a situação concreta do texto, que leva em conta os componentes envolvidos na discussão (o tipo de pessoa a quem se dirige a comunicação, o assunto, etc).

Convém ainda alertar que não se convence ninguém com manifestações de sinceridade do autor (como eu, que não costumo mentir...) ou com declarações de certeza expressas em fórmulas feitas (como estou certo, creio firmemente, é claro, é óbvio, é evidente, afirmo com toda a certeza, etc). Em vez de prometer, em seu texto, sinceridade e certeza, autenticidade e verdade, o enunciador deve construir um texto que revele isso. Em outros termos, essas qualidades não se prometem, manifestam-se na ação.

A argumentação é a exploração de recursos para fazer parecer verdadeiro aquilo que se diz num texto e, com isso, levar a pessoa a que texto é endereçado a crer naquilo que ele diz.

Um texto dissertativo tem um assunto ou tema e expressa um ponto de vista, acompanhado de certa fundamentação, que inclui a argumentação, questionamento, com o objetivo de persuadir. Argumentar é o processo pelo qual se estabelecem relações para chegar à conclusão, com base em premissas. Persuadir é um processo de convencimento, por meio da argumentação, no qual procura-se convencer os outros, de modo a influenciar seu pensamento e seu comportamento.

A persuasão pode ser válida e não válida. Na persuasão válida, expõem-se com clareza os fundamentos de uma ideia ou proposição, e o interlocutor pode questionar cada passo do raciocínio empregado na argumentação. A persuasão não válida apoia-se em argumentos subjetivos, apelos subliminares, chantagens sentimentais, com o emprego de “*apelações*”, como a inflexão de voz, a mímica e até o choro.

Alguns autores classificam a dissertação em duas modalidades, expositiva e argumentativa. Esta, exige argumentação, razões a favor e contra uma ideia, ao passo que a outra é informativa, apresenta dados sem a intenção de convencer. Na verdade, a escolha dos dados levantados, a maneira de expô-los no texto já revelam uma “*tomada de posição*”, a adoção de um ponto de vista na dissertação, ainda que sem a apresentação explícita de argumentos. Desse ponto de vista, a dissertação pode ser definida como discussão, debate, questionamento, o que implica a liberdade de pensamento, a possibilidade de discordar ou concordar parcialmente. A liberdade de questionar é fundamental, mas não é suficiente para organizar um texto dissertativo. É necessária também a exposição dos fundamentos, os motivos, os porquês da defesa de um ponto de vista.

Pode-se dizer que o homem vive em permanente atitude argumentativa. A argumentação está presente em qualquer tipo de discurso, porém, é no texto dissertativo que ela melhor se evidencia.

Para discutir um tema, para confrontar argumentos e posições, é necessária a capacidade de conhecer outros pontos de vista e seus respectivos argumentos. Uma discussão impõe, muitas vezes, a análise de argumentos opostos, antagônicos. Como sempre, essa capacidade aprende-se com a prática. Um bom exercício para aprender a argumentar e contra-argumentar consiste em desenvolver as seguintes habilidades:

- **argumentação**: anotar todos os argumentos a favor de uma ideia ou fato; imaginar um interlocutor que adote a posição totalmente contrária;

- **contra-argumentação**: imaginar um diálogo-debate e quais os argumentos que essa pessoa imaginária possivelmente apresentaria contra a argumentação proposta;

- **refutação**: argumentos e razões contra a argumentação oposta.

A argumentação tem a finalidade de persuadir, portanto, argumentar consiste em estabelecer relações para tirar conclusões válidas, como se procede no método dialético. O método dialético não envolve apenas questões ideológicas, geradoras de polêmicas. Trata-se de um método de investigação da realidade pelo estudo de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno em questão e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade.

Descartes (1596-1650), filósofo e pensador francês, criou o método de raciocínio silogístico, baseado na dedução, que parte do simples para o complexo. Para ele, verdade e evidência são a mesma coisa, e pelo raciocínio torna-se possível chegar a conclusões verdadeiras, desde que o assunto seja pesquisado em partes, começando-se pelas proposições mais simples até alcançar, por meio de deduções, a conclusão final. Para a linha de raciocínio cartesiana, é fundamental determinar o problema, dividi-lo em partes, ordenar os conceitos, simplificando-os, enumerar todos os seus elementos e determinar o lugar de cada um no conjunto da dedução.

A lógica cartesiana, até os nossos dias, é fundamental para a argumentação dos trabalhos acadêmicos. Descartes propôs quatro regras básicas que constituem um conjunto de reflexos vitais, uma série de movimentos sucessivos e contínuos do espírito em busca da verdade:

- evidência;
- divisão ou análise;
- ordem ou dedução;
- enumeração.

A enumeração pode apresentar dois tipos de falhas: a omissão e a incompreensão. Qualquer erro na enumeração pode quebrar o encadeamento das ideias, indispensável para o processo dedutivo.

A forma de argumentação mais empregada na redação acadêmica é o *silogismo*, raciocínio baseado nas regras cartesianas, que contém três proposições: *duas premissas*, maior e menor, e a *conclusão*. As três proposições são encadeadas de tal forma, que a conclusão é deduzida da maior por intermédio da menor. A premissa maior deve ser universal, emprega *todo*, *nenhum*, *pois alguns* não caracteriza a universalidade. Há dois métodos fundamentais de raciocínio: a *dedução* (silogística), que parte do geral para o particular, e a *indução*, que vai do particular para o geral. A expressão formal do método dedutivo é o silogismo.

A dedução é o caminho das consequências, baseia-se em uma conexão descendente (do geral para o particular) que leva à conclusão. Segundo esse método, partindo-se de teorias gerais, de verdades universais, pode-se chegar à previsão ou determinação de fenômenos particulares. O percurso do raciocínio vai da causa para o efeito. Exemplo:

Todo homem é mortal (premissa maior = geral, universal)  
 Fulano é homem (premissa menor = particular)  
 Logo, Fulano é mortal (conclusão)

A indução percorre o caminho inverso ao da dedução, baseia-se em uma conexão ascendente, do particular para o geral. Nesse caso, as constatações particulares levam às leis gerais, ou seja, parte de fatos particulares conhecidos para os fatos gerais, desconhecidos. O percurso do raciocínio se faz do *efeito* para a *causa*. Exemplo:

O calor dilata o ferro (particular)  
 O calor dilata o bronze (particular)  
 O calor dilata o cobre (particular)  
 O ferro, o bronze, o cobre são metais  
 Logo, o calor dilata metais (geral, universal)

Quanto a seus aspectos formais, o silogismo pode ser válido e verdadeiro; a conclusão será verdadeira se as duas premissas também o forem. Se há erro ou equívoco na apreciação dos fatos, pode-se partir de premissas verdadeiras para chegar a uma conclusão falsa. Tem-se, desse modo, o **sofisma**. Uma definição inexata, uma divisão incompleta, a ignorância da causa, a falsa analogia são algumas causas do sofisma. O sofisma pressupõe má fé, intenção deliberada de enganar ou levar ao erro; quando o sofisma não tem essas intenções propositais, costuma-se chamar esse processo de argumentação de **paralogismo**. Encontra-se um exemplo simples de sofisma no seguinte diálogo:

- Você concorda que possui uma coisa que não perdeu?
- Lógico, concordo.
- Você perdeu um brilhante de 40 quilates?
- Claro que não!
- Então você possui um brilhante de 40 quilates...

Exemplos de sofismas:

#### **Dedução**

Todo professor tem um diploma (geral, universal)  
 Fulano tem um diploma (particular)  
 Logo, fulano é professor (geral – conclusão falsa)

#### **Indução**

O Rio de Janeiro tem uma estátua do Cristo Redentor. (particular)  
 Taubaté (SP) tem uma estátua do Cristo Redentor. (particular)  
 Rio de Janeiro e Taubaté são cidades.

Logo, toda cidade tem uma estátua do Cristo Redentor. (geral – conclusão falsa)

Nota-se que as premissas são verdadeiras, mas a conclusão pode ser falsa. Nem todas as pessoas que têm diploma são professores; nem todas as cidades têm uma estátua do Cristo Redentor. Comete-se erro quando se faz generalizações apressadas ou infundadas. A “simples inspeção” é a ausência de análise ou análise superficial dos fatos, que leva a pronunciamentos subjetivos, baseados nos sentimentos não ditados pela razão.

Tem-se, ainda, outros métodos, subsidiários ou não fundamentais, que contribuem para a descoberta ou comprovação da verdade: análise, síntese, classificação e definição. Além desses, existem outros métodos particulares de algumas ciências, que adaptam os processos de dedução e indução à natureza de uma realidade particular. Pode-se afirmar que cada ciência tem seu método próprio demonstrativo, comparativo, histórico etc. A análise, a síntese, a classificação e a definição são chamadas métodos sistemáticos, porque pela organização e ordenação das ideias visam sistematizar a pesquisa.

**Análise e síntese** são dois processos opostos, mas interligados; a análise parte do todo para as partes, a síntese, das partes para o todo. A análise precede a síntese, porém, de certo modo, uma depende da outra. A análise decompõe o todo em partes, enquanto a síntese recompõe o todo pela reunião das partes. Sabe-se, porém, que o todo não é uma simples justaposição das partes. Se alguém reunisse todas as peças de um relógio, não significa que reconstruiu o relógio, pois fez apenas um amontoado de partes. Só reconstruiria todo se as partes estivessem organizadas, devidamente combinadas, seguida uma ordem de relações necessárias, funcionais, então, o relógio estaria reconstruído.

Síntese, portanto, é o processo de reconstrução do todo por meio da integração das partes, reunidas e relacionadas num conjunto. Toda síntese, por ser uma reconstrução, pressupõe a análise, que é a decomposição. A análise, no entanto, exige uma decomposição organizada, é preciso saber como dividir o todo em partes. As operações que se realizam na análise e na síntese podem ser assim relacionadas:

Análise: penetrar, decompor, separar, dividir.  
 Síntese: integrar, recompor, juntar, reunir.

A análise tem importância vital no processo de coleta de ideias a respeito do tema proposto, de seu desdobramento e da criação de abordagens possíveis. A síntese também é importante na escolha dos elementos que farão parte do texto.

Segundo Garcia (1973, p.300), a análise pode ser *formal ou informal*. A análise formal pode ser científica ou experimental; é característica das ciências matemáticas, físico-naturais e experimentais. A análise informal é racional ou total, consiste em “discernir” por vários atos distintos da atenção os elementos constitutivos de um todo, os diferentes caracteres de um objeto ou fenômeno.

A análise decompõe o todo em partes, a classificação estabelece as necessárias relações de dependência e hierarquia entre as partes. Análise e classificação ligam-se intimamente, a ponto de se confundir uma com a outra, contudo são procedimentos diversos: análise é decomposição e classificação é hierarquização.

Nas ciências naturais, classificam-se os seres, fatos e fenômenos por suas diferenças e semelhanças; fora das ciências naturais, a classificação pode-se efetuar por meio de um processo mais ou menos arbitrário, em que os caracteres comuns e diferenciadores são empregados de modo mais ou menos convencional. A classificação, no reino animal, em ramos, classes, ordens, subordens, gêneros e espécies, é um exemplo de classificação natural, pelas características comuns e diferenciadoras. A classificação dos variados itens integrantes de uma lista mais ou menos caótica é artificial.

Exemplo: aquecedor, automóvel, barbeador, batata, caminhão, canário, jipe, leite, ônibus, pão, pardal, pintassilgo, queijo, relógio, sabiá, torradeira.

**Aves:** Canário, Pardal, Pintassilgo, Sabiá.

**Alimentos:** Batata, Leite, Pão, Queijo.

**Mecanismos:** Aquecedor, Barbeador, Relógio, Torradeira.

**Veículos:** Automóvel, Caminhão, Jipe, Ônibus.

1. CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS XP: (1) Área de Trabalho (Exibir, Classificar, Atualizar, Resolução da tela, Gadgets) e Menu Iniciar (Documentos, Imagens, Computador, Painel de Controle, Dispositivos e Impressoras, programa Padrão, Ajuda e Suporte, Desligar, Todos os programas, Pesquisar programa e Arquivos e Ponto de Partida): saber trabalhar, exibir, alterar, organizar, classificar, ver as propriedades, identificar, usar e configurar, utilizando menus rápidos ou suspensos, painéis, listas, caixa de pesquisa, menus, ícones, janelas, teclado e/ou mouse; (2) Propriedades da Barra de Tarefas, do Menu Iniciar e do Gerenciador de Tarefas: saber trabalhar, exibir, alterar, organizar, identificar, usar, fechar programa e configurar, utilizando as partes da janela (botões, painéis, listas, caixa de pesquisa, caixas de marcação, menus, ícones e etc.), teclado e/ou mouse; (3) Janelas (navegação no Windows e o trabalho com arquivos, pastas e bibliotecas), Painel de Controle e Lixeira: saber exibir, alterar, organizar, identificar, usar e configurar ambientes, componentes da janela, menus, barras de ferramentas e ícones; usar as funcionalidades das janelas, programa e aplicativos utilizando as partes da janela (botões, painéis, listas, caixa de pesquisa, caixas de marcação, menus, ícones e etc.), teclado e/ou mouse; (4) Bibliotecas, Arquivos, Pastas, Ícones e Atalhos: realizar ações e operações sobre bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos: localizar, copiar, mover, criar, criar atalhos, criptografar, ocultar, excluir, recortar, colar, renomear, abrir, abrir com, editar, enviar para, propriedades e etc.; e (5) Nomes válidos: identificar e utilizar nomes válidos para bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos. .... 01
2. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT WORD 2010: (1) Ambiente e Componentes do Programa: saber identificar, caracterizar, usar, alterar, configurar e personalizar o ambiente, componentes da janela, funcionalidades, menus, ícones, barra de ferramentas, guias, grupos e botões, incluindo número de páginas e palavras, erros de revisão, idioma, modos de exibição do documento e zoom; (2) Documentos: abrir, fechar, criar, excluir, visualizar, formatar, alterar, salvar, configurar documentos, utilizado as barras de ferramentas, menus, ícones, botões, guias e grupos da Faixa de Opções, teclado e/ou mouse; (3) Barra de Ferramentas: identificar e utilizar os botões e ícones das barras de ferramentas das guias e grupos Início, Inserir, Layout da Página, Referências, Correspondências, Revisão e Exibição, para formatar, personalizar, configurar, alterar e reconhecer a formatação de textos e documentos; e (4) Ajuda: saber usar a Ajuda. .... 08
3. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT EXCEL 2010: (1) Ambiente e Componentes do Programa: saber identificar, caracterizar, usar, alterar, configurar e personalizar o ambiente, componentes da janela, funcionalidades, menus, ícones, barra de ferramentas, guias, grupos e botões; (2) Elementos: definir e identificar célula, planilha e pasta; saber selecionar e reconhecer a seleção de células, planilhas e pastas; (3) Planilhas e Pastas: abrir, fechar, criar, visualizar, formatar, salvar, alterar, excluir, renomear, personalizar, configurar planilhas e pastas, utilizar fórmulas e funções, utilizar as barra de ferramentas, menus, ícones, botões, guias e grupos da Faixa de Opções, teclado e/ou mouse; (4) Barra de Ferramentas: identificar e utilizar os ícones e botões das barras de ferramentas das guias e grupos Início, Inserir, Layout da Página, Fórmulas, Dados, Revisão e Exibição, para formatar, alterar, selecionar células, configurar, reconhecer a formatação de textos e documentos e reconhecer a seleção de células; (5) Fórmulas: saber o significado e resultado de fórmulas; e (6) Ajuda: saber usar a Ajuda. .... 13
4. GOOGLE CHROME VERSÃO ATUALIZADA: (1) Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; (2) Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Google Chrome. 5. MOZILLA FIREFOX VERSÃO ATUALIZADA: (1) Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; (2) Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Mozilla Firefox. 6. INTERNET EXPLORER 11: (1) identificar o ambiente, características e componentes da janela principal do Internet Explorer; (2) identificar e usar as funcionalidades da barra de ferramentas e de status; (3) identificar e usar as funcionalidades dos menus; (4) identificar e usar as funcionalidades das barras de Menus, Favoritos, Botões do Modo de Exibição de Compatibilidade, Barra de Comandos, Barra de Status; e (5) utilizar teclas de atalho para qualquer operação. .... 19

**CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS XP: (1) ÁREA DE TRABALHO (EXIBIR, CLASSIFICAR, ATUALIZAR, RESOLUÇÃO DA TELA, GADGETS) E MENU INICIAR (DOCUMENTOS, IMAGENS, COMPUTADOR, PAINEL DE CONTROLE, DISPOSITIVOS E IMPRESSORAS, PROGRAMA PADRÃO, AJUDA E SUPORTE, DESLIGAR, TODOS OS PROGRAMAS, PESQUISAR PROGRAMA E ARQUIVOS E PONTO DE PARTIDA): SABER TRABALHAR, EXIBIR, ALTERAR, ORGANIZAR, CLASSIFICAR, VER AS PROPRIEDADES, IDENTIFICAR, USAR E CONFIGURAR, UTILIZANDO MENUS RÁPIDOS OU SUSPENSOS, PAINÉIS, LISTAS, CAIXA DE PESQUISA, MENUS, ÍCONES, JANELAS, TECLADO E/OU MOUSE; (2) PROPRIEDADES DA BARRA DE TAREFAS, DO MENU INICIAR E DO GERENCIADOR DE TAREFAS: SABER TRABALHAR, EXIBIR, ALTERAR, ORGANIZAR, IDENTIFICAR, USAR, FECHAR PROGRAMA E CONFIGURAR, UTILIZANDO AS PARTES DA JANELA (BOTÕES, PAINÉIS, LISTAS, CAIXA DE PESQUISA, CAIXAS DE MARCAÇÃO, MENUS, ÍCONES E ETC.), TECLADO E/OU MOUSE; (3) JANELAS (NAVEGAÇÃO NO WINDOWS E O TRABALHO COM ARQUIVOS, PASTAS E BIBLIOTECAS), PAINEL DE CONTROLE E LIXEIRA: SABER EXIBIR, ALTERAR, ORGANIZAR, IDENTIFICAR, USAR E CONFIGURAR AMBIENTES, COMPONENTES DA JANELA, MENUS, BARRAS DE FERRAMENTAS E ÍCONES; USAR AS FUNCIONALIDADES DAS JANELAS, PROGRAMA E APLICATIVOS UTILIZANDO AS PARTES DA JANELA (BOTÕES, PAINÉIS, LISTAS, CAIXA DE PESQUISA, CAIXAS DE MARCAÇÃO, MENUS, ÍCONES E ETC.), TECLADO E/OU MOUSE; (4) BIBLIOTECAS, ARQUIVOS, PASTAS, ÍCONES E ATALHOS: REALIZAR AÇÕES E OPERAÇÕES SOBRE BIBLIOTECAS, ARQUIVOS, PASTAS, ÍCONES E ATALHOS: LOCALIZAR, COPIAR, MOVER, CRIAR, CRIAR ATALHOS, CRIPTOGRAFAR, OCULTAR, EXCLUIR, RECORTAR, COLAR, RENOMEAR, ABRIR, ABRIR COM, EDITAR, ENVIAR PARA, PROPRIEDADES E ETC.; E (5) NOMES VÁLIDOS: IDENTIFICAR E UTILIZAR NOMES VÁLIDOS PARA BIBLIOTECAS, ARQUIVOS, PASTAS, ÍCONES E ATALHOS**

O Windows XP é um sistema operacional desenvolvido pela Microsoft. Sua primeira versão foi lançada em 2001, podendo ser encontrado na versão Home (para uso doméstico) ou Professional (mais recursos voltados ao ambiente corporativo).

A função do XP consiste em comandar todo o trabalho do computador através de vários aplicativos que ele traz consigo, oferecendo uma interface de interação com o usuário bastante rica e eficiente.

O XP embute uma porção de acessórios muito úteis como: editor de textos, programas para desenho, programas de entretenimento (jogos, música e vídeos), acesso à internet e gerenciamento de arquivos.



*Inicialização do Windows XP.*

Ao iniciar o Windows XP a primeira tela que temos é tela de logon, nela, selecionamos o usuário que irá utilizar o computador<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> <https://docente.ifrn.edu.br/moisessouto/disciplinas/informatica-basica-1/apostilas/apostila-windows-xp/view>



Tela de Logon.

Ao entrarmos com o nome do usuário, o Windows efetuará o Logon (entrada no sistema) e nos apresentará a área de trabalho

Área de Trabalho



Área de trabalho do Windows XP.

Na Área de trabalho encontramos os seguintes itens:

**Ícones**

Figuras que representam recursos do computador, um ícone pode representar um texto, música, programa, fotos e etc. você pode adicionar ícones na área de trabalho, assim como pode excluir. Alguns ícones são padrão do Windows: Meu Computador, Meus Documentos, Meus Locais de Rede, Internet Explorer.



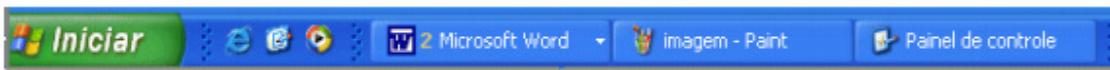
*Alguns ícones de aplicativos no Windows XP.*

**Barra de tarefas**

A barra de tarefas mostra quais as janelas estão abertas neste momento, mesmo que algumas estejam minimizadas ou ocultas sob outra janela, permitindo assim, alternar entre estas janelas ou entre programas com rapidez e facilidade.

A barra de tarefas é muito útil no dia a dia. Imagine que você esteja criando um texto em um editor de texto e um de seus colegas lhe pede para você imprimir uma determinada planilha que está em seu micro. Você não precisa fechar o editor de textos.

Apenas salve o arquivo que está trabalhando, abra a planilha e mande imprimir, enquanto imprime você não precisa esperar que a planilha seja totalmente impressa, deixe a impressora trabalhando e volte para o editor de textos, dando um clique no botão correspondente na Barra de tarefas e volte a trabalhar.



*Barra de tarefas do Windows XP.*

**Botão Iniciar**

É o principal elemento da Barra de Tarefas. Ele dá acesso ao Menu Iniciar, de onde se pode acessar outros menus que, por sua vez, acionam programas do Windows. Ao ser acionado, o botão Iniciar mostra um menu vertical com várias opções.



*Botão Iniciar.*

Alguns comandos do menu Iniciar têm uma seta para a direita, significando que há opções adicionais disponíveis em um menu secundário. Se você posicionar o ponteiro sobre um item com uma seta, será exibido outro menu.

O botão Iniciar é a maneira mais fácil de iniciar um programa que estiver instalado no computador, ou fazer alterações nas configurações do computador, localizar um arquivo, abrir um documento.

**Menu Iniciar**



*Menu Iniciar.*

O botão iniciar pode ser configurado. No Windows XP, você pode optar por trabalhar com o novo menu Iniciar ou, se preferir, configurar o menu Iniciar para que tenha a aparência das versões anteriores do Windows (95/98/Me). Clique na barra de tarefas com o botão direito do mouse e selecione propriedades e então clique na guia menu Iniciar.

Esta guia tem duas opções:

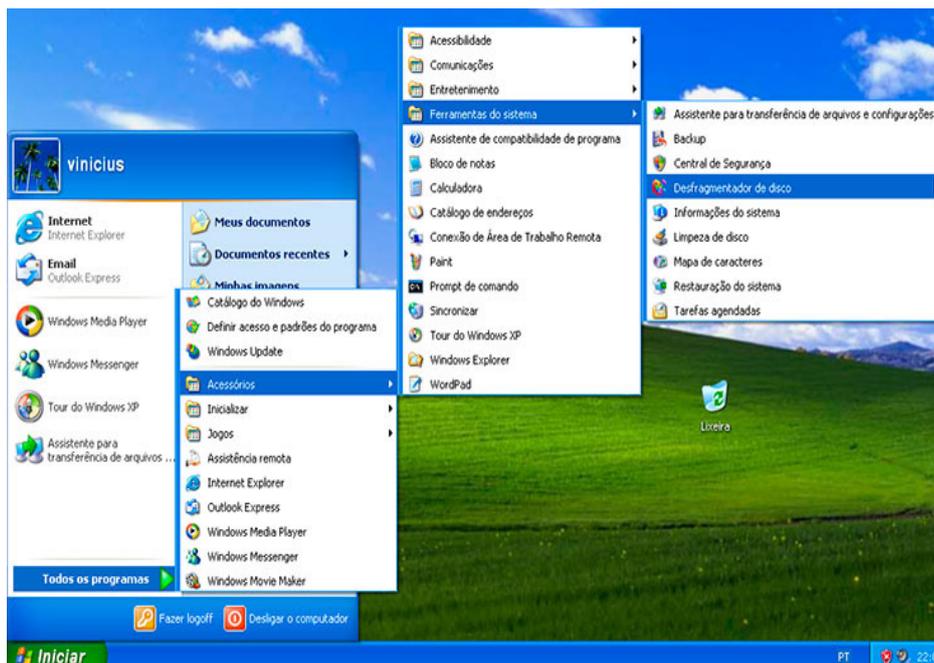
- **Menu iniciar:** oferece a você acesso mais rápido a e-mail e Internet, seus documentos, imagens e música e aos programas usados recentemente, pois estas opções são exibidas ao se clicar no botão Iniciar. Esta configuração é uma novidade do Windows XP
- **Menu Iniciar Clássico:** Deixa o menu Iniciar com a aparência das versões antigas do Windows, como o Windows ME, 98 e 95.



*Propriedades de Barra de tarefas e do Menu Iniciar.*

**Todos os programas**

O menu Todos os Programas, ativa automaticamente outro submenu, no qual aparecem todas as opções de programas. Para entrar neste submenu, arraste o mouse em linha reta para a direção em que o submenu foi aberto. Assim, você poderá selecionar o aplicativo desejado. Para executar, por exemplo, o desfragmentador de disco, basta posicionar o ponteiro do mouse sobre a opção Acessórios. O submenu Acessórios será aberto. Então aponte para Ferramentas de Sistemas e depois para Desfragmentador de disco.



Todos os programas.

Desligando o Windows XP

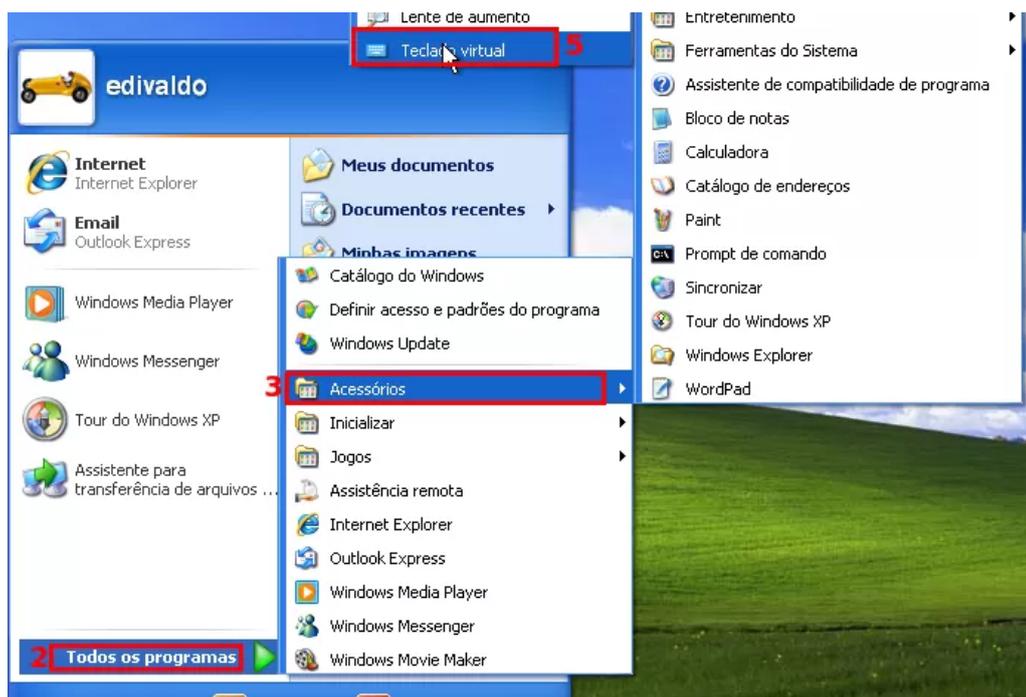


Clicando-se em Iniciar, desligar, teremos uma janela onde é possível escolher entre três opções:

- **Hibernar:** clicando neste botão, o Windows salvará o estado da área de trabalho no disco rígido e depois desligará o computador. Desta forma, quando ele for ligado novamente, a área de trabalho se apresentará exatamente como você deixou, com os programas e arquivos que você estava usando, abertos.
- **Desativar:** desliga o Windows, fechando todos os programas abertos para que você possa desligar o computador com segurança.
- **Reiniciar:** encerra o Windows e o reinicia.

**Acessórios do Windows**

O Windows XP inclui muitos programas e acessórios úteis. São ferramentas para edição de texto, criação de imagens, jogos, ferramentas para melhorar a performance do computador, calculadora e etc.



*Acessórios Windows XP.*

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).....	01
2. Estatuto do Idoso. BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. . . .	22
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. . . . .	31
4. Estatuto da Criança e do Adolescente. BRASIL. Lei no 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1991. . . . .	66
5. Constituição Federal: Artigos 196, 197, 198, 199 e 200. . . . .	102
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. . . . .	105
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. . .	108
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. . . . .	116

**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, ESTABELECE A REVISÃO DE DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

**PORTARIA Nº 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).***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, considerando:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que 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;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução CIT Nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). agosto de 2017; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniqüidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

### CAPÍTULO I DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e

XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos município;

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e

IX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.

Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.  
RICARDO BARROS

**ANEXO  
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
BÁSICA OPERACIONALIZAÇÃO  
CAPÍTULO I**

**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

## 1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

### 1.1 - Princípios

- **Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- **Integralidade:** É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

### 1.2 - Diretrizes

- **Regionalização e Hierarquização:** dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- **Territorialização e Adstrição:** de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considerasse Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - **População Adscrita:** população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- **Cuidado Centrado na Pessoa:** aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- **Resolutividade:** reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

## 2 - A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e

incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b) Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

## 3 - INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território

### 3.1 Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

---

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - PARTE 1  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (SAÚDE DO TRABALHADOR)

---

1. Atendimento a múltiplas vítimas. ....	01
2. Prevenção do trauma. ....	03
3. Biomecânica do trauma. ....	07
4. Avaliação e atendimento inicial às emergências. ....	11
5. Suporte Básico de Vida. ....	12
6. Trauma torácico. ....	19
7. Alterações Circulatórias. ....	22
8. Trauma abdominal. ....	25
9. Trauma Cranioencefálico. ....	29
10. Trauma raquimedular. ....	35
11. Trauma Musculoesquelético. ....	42
12. Trauma Térmico. ....	42
13. Trauma na Criança. ....	44
14. Trauma no Idoso. ....	47
15. Triage, transporte, materiais e equipamentos para sala de emergência. ....	51
16. Queimaduras - tratamento e condutas de enfermagem. ....	52
17. Síndrome de Abstinência do álcool condutas de enfermagem. Alterações metabólicas. ....	55
18. Psiquiatria e condutas do enfermagem/abordagem. ....	58
19. Administração de drogas em urgência e emergência. ....	73
20. ECG – alterações básicas. ....	76
21. Desfibrilação Automática Externa. ....	78
22. Acidentes com animais peçonhentos - suporte básico de vida/ suporte avançado de vida. ....	79
23. Cuidados e procedimentos gerais desenvolvidos pelo profissional Técnico de Enfermagem. ....	84
24. O que são DSTs, sintomas, modos de transmissão. AIDS: Sintomas e fases da doença, tratamento. ....	85
25. Hepatites: vacinas disponíveis, sintomas da doença. ....	92
26. Câncer do colo de útero e mamas: Prevenção, detecção precoce, tratamento fornecido pela equipe de saúde, sintomas da doença. ....	94
27. Lavagem das mãos e suas implicações. ....	96
28. Responsabilidade ética e profissional em Enfermagem. ....	98
29. Cuidados de enfermagem com movimentação, deambulação, aplicação de medicamentos, higiene e conforto de pacientes acamados, ....	105
30. Preparo de doentes para cirurgias, enfermagem no centro cirúrgico. ....	151
31. Relacionar vacinas às doenças, seu armazenamento, calendário e vias de administração. ....	157
32. Realização de curativos ....	170
33. Vias de administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, registro no prontuário, cálculo de diluição de medicações, transformação de grandezas matemáticas (miligramas, mililitros, gotas, horas, minutos) e suas combinações no preparo e administração de medicações. ....	173
34. Classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. ....	173
35. Doenças de notificação compulsória em território nacional. ....	174
36. Termos utilizados em enfermagem e seus conceitos. ....	183
37. Atendimento, orientação e acompanhamento à pacientes portadores de ostomias. ....	185
38. Rede de atenção à Saúde: Organização PanAmericana da Saúde, Representação Brasil. ....	186
39. Lei nº 7498/1986 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. ....	188

---

## ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS

Vivemos em um mundo onde acidentes, catástrofes e violências são constantes em nosso cotidiano, seja de causas naturais ou provocadas. Quando algo assim ocorre, temos situações de risco às pessoas, que conseqüentemente necessitam de atendimento especializado, conhecido como atendimento pré-hospitalar. (MINAYO E DESLANDES, 2009).

Antes de abordar como deve ser a assistência prestada a várias vítimas precisa-se compreender e identificar o que é um Acidente com Múltiplas Vítimas (AMV). Segundo a Organização Mundial de Saúde são aqueles que apresentam desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades, e que, apesar disso, podem ser atendidos com eficiência desde que se adote a doutrina operacional protocolada. Como parâmetro de magnitude, consideramos AMV aqueles eventos súbitos com mais de 5 (cinco) vítimas graves. (PARANÁ, 2006).

De acordo com a organização mundial de saúde catástrofe é um fenômeno ecológico súbito de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa já os desastres são acidentes provocados pelo homem.

De acordo com Paraná (2006), atendimento a AMV é um desafio no qual os serviços de atendimentos pré-hospitalares e os hospitais se deparam com frequência. Diariamente temos em nosso país acidentes dos mais variados tipos com número de vítimas superiores a cinco. Diante dessas situações ocorre uma incapacidade dos serviços de lidarem com esse problema, havendo, desta forma, necessidade de se estar preparado e treinado para atender esses acidentes.

Apesar de não haver estatísticas que revelem a proporção real dos Incidentes com Múltiplas Vítimas no nosso cenário sanitário, fica explícito que esses se apresentam atualmente como problemas frequentes, em que os acidentes de trânsito, somados aos desastres naturais, configuram-se como importantes etiologias desses eventos de conseqüências significativas para o Sistema Único de Saúde brasileiro, tanto do ponto de vista de recursos humanos e materiais, quanto de recursos financeiros. Essa realidade exige, assim, estudos mais aprofundados, que possam elucidar as proporções reais dos Incidentes com Múltiplas Vítimas no panorama sanitário do Brasil (SALVADOR, 2012).

No Brasil alguns Eventos de massa como a Copa das Confederações Brasil 2013, Jogos Mundiais

Militares 2013, Copa do Mundo FIFA Brasil 2014 e dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos Rio 2016 e tantos outros eventos de importante magnitude, requerem profissionais de saúde treinados para atuarem de forma ideal nas diversas situações que possam vir a acontecer, como até mesmo um AMV. Entendendo-se como atendimento ideal aquele que busca salvar o maior número possível de vítimas, no momento que elas mais precisam e no menor tempo possível. Neste tipo de situação, alguns procedimentos são necessários para atendimento às vítimas, como a triagem dos pacientes.

Segundo Alcântara et al. (2005), a assistência em situações de emergência e urgência se caracterizam pela necessidade de um cliente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo, não podendo haver uma protelação no atendimento, devendo o mesmo ser imediato.

Para que as ações sejam rápidas e precisas na triagem é necessário um método prático. No Brasil utiliza-se o START (Simple Triage And Rapid Treatment), onde é avaliado a respiração, perfusão e nível de consciência. As vítimas são identificadas por grau de comprometimento sendo usadas fitas, etiquetas, lonas coloridas ou cartão de triagem. As cores correspondentes em ordem de prioridade são: vermelho, amarelo, verde e preto. (TEIXEIRA, 2007).

A relevância desse trabalho para a enfermagem consiste na qualificação da assistência de enfermagem em cenário com múltiplas vítimas, promovendo um atendimento integral as vítimas de acidente.

A motivação para desenvolver esta pesquisa surgiu pelo grau de afinidade no tema proposto além da pouca literatura encontrada o que chamou atenção e despertou interesse por parte da autora.

O atendimento pré-hospitalar e hospitalar promove uma diversidade de ocorrências de trauma e situações clínicas, pois, da mesma forma que podemos ter um acidente individualizado, comprometendo uma única vítima, como nos casos de queda de moto em dias chuvosos, também podemos ter a presença significativa de vítimas, oriundas de um mesmo fenômeno quando ocorre uma colisão de dois ônibus, com isso, teremos uma quantidade maior de vítimas, resultado da mesma cinemática. Sob a ótica clínica, podemos ter eventos epidemiológicos de doenças infectocontagiosas que podem produzir múltiplas vítimas (FERNANDES, 2010).

Um AMV tem como pilar fundamental o princípio da triagem como forma de garantir uma assistência significativa às vítimas. A educação permanente dos profissionais de saúde é o norte desse processo, possibilitando a edificação de protocolos, normas assistenciais e espaços de reflexão profissional como meio de promover ações de saúde sistematizadas e, portanto, eficazes (SALVADOR et al., 2012). Nesses casos, há necessidade de uma sistematização de atendimento por uma equipe multiprofissional que atenda prioritariamente os pacientes com maior risco de morte.

Para Valentim et. al. (2014) triagem é a classificação das vítimas em categorias, não exclusivamente em relação à gravidade, mas sim às situações em que mais se beneficiarão do socorro prestado. O objetivo é otimizar a ação de socorro, salvando o maior número possível de vítimas. A partir da triagem, as vítimas recebem o socorro no local e depois são transportadas para o atendimento hospitalar. Em qualquer tipo de ambiente, pré ou intra-hospitalar, existem divergências e adaptações no processo de triagem que variam de acordo com o cenário e a preparação dos profissionais que a executam. Portanto, não existe um critério perfeito de triagem, ele varia de um sistema para outro, e dependem de fatores como magnitude, tipo e área de abrangência do desastre.

É possível observar uma mudança no princípio de atendimento das vítimas de um desastre. Quando se trata do atendimento de um indivíduo vítima de um trauma isoladamente, tem-se que é primordial fazer o melhor para aquele indivíduo, inclusive utilizando todos os recursos disponíveis para tratá-lo da melhor forma. Já no atendimento de múltiplas vítimas o princípio chave da resposta médica é fazer o melhor para o maior número de pacientes, já que há a necessidade de se estabelecer prioridades para o atendimento adequado (ATLS, 2008).

Fernandes (2010) aborda que desastres é a falta de recursos humanos e materiais, portanto há que se fazer o melhor para o maior número possível de vítimas. Se não nos preparamos, discutimos ou planejamos como atender a vítimas do fenômeno desastres, certamente teremos mais perdas de vidas, sequelas temporárias ou definitivas do que ganhos de vidas e recuperações.

O profissional de enfermagem tem sua atuação frente a um AMV respaldada na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº. 7.498 de 25 de junho de 1986, no seu artigo 11º, está determinado como privativo do enfermeiro no item I, inciso 1: " cuidados direto de enfermagem a paciente grave com risco de vida; e no inciso m – cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas".

De acordo Salvador et al. (2012) um fator essencial ao profissional de enfermagem que atua em uma situação emergencial é o conhecimento teórico, a articulação dos saberes como forma de conduzir práticas de saúde fundamentadas. É imperativo ao profissional de enfermagem, do ponto de vista integral de sua formação acadêmica, estar preparado para atuar em práticas acumuladoras de saúde frente a um AMV, evento de importância epidemiológica indiscutível no atual panorama sanitário, o que requer uma formação educativa permanente.

Quando buscamos compreender quais as competências e habilidades necessárias ao enfermeiro para atuar de forma eficaz frente a um AMV, estamos inserindo-o no contexto generalista, que visa à edificação de uma formação integral, pautada na criticidade, na autonomia, no conhecimento científico, sem negligenciar a ética e a humanescência (SALVADOR et al. 2012).

Em múltiplas vítimas é primordial a abordagem de um fluxo-grama de atendimento para, justamente, priorizar o cuidado ao paciente mais viável, o que difere de um atendimento individualizado e a capacidade de tomada de decisão através da triagem, visando o melhor atendimento ao maior número de pessoas possíveis (VALENTIM et al, 2014).

Fernandes (2010) chama atenção para que o profissional realize uma triagem adequada, isto é, seleção por prioridade, dando importância ao quadro clínico e constante monitorização, para não haver avaliação errada quanto à gravidade das vítimas causando iatrogenia.

É essencial que as instituições possuam um plano de ação para situações Desastres, Catástrofes e Múltiplas Vítimas, um eficiente sistema de controle que não transfira o caos do local para o hospital o que é muito comum em eventos dessa magnitude, é importante também um eficiente processo de triagem que priorize quais vítima necessitam de atendimento imediato e quais podem aguardar um tratamento posterior, sempre com o objetivo de salvar o maior número possível de vidas no menor espaço de tempo, oferecendo o melhor cuidado médico para o maior número possível de vítimas (TEIXEIRA E OLCERENKO, 2007).

A triagem pelo método START (Simple Triage And Rapid Treatment; Triagem Simples e Tratamento Rápido) é uma técnica simples usada para triagem rápida de um grande número de pacientes e deve ser utilizada em situações em que a triagem deve ser dinâmica, como no AMV. (SIMÕES et al, 2012).

O START (simples triagem e rápido tratamento) se baseia na avaliação da respiração, circulação e nível de consciência, dividindo as vítimas em quatro prioridades e utiliza cartões coloridos para definir cada uma das prioridades. A Prioridade de Atendimento às Vítimas obedece a seguinte ordem:

a) Cartão Vermelho são as Vítimas que apresentam risco imediato de vida, apresentam respiração somente após manobras de abertura de vias aéreas ou a respiração está maior que 30 movimentos respiratórios por minuto, necessitam de algum tratamento médico antes de um transporte rápido ao hospital; necessitam ser transportadas rapidamente ao hospital para cirurgia;

b) Cartão Amarelo são as Vítimas que não apresentam risco de vida imediato, necessitam de algum tipo de tratamento no local enquanto aguardam transporte ao hospital;

c) Cartão Verde Vítimas com capacidade para andar, não necessitam de tratamento médico ou transporte imediato, possuem lesões sem risco de vida; e

d) Prioridade Preto Vítimas em óbito ou que não tenham chance de sobreviver; não respiram, mesmo após manobras simples de abertura da via aérea (PARANÁ, 2006).

Valentim et al. (2014) afirma que o método S.T.A.R.T foi desenvolvido em 1983 no Hoag Hospital localizado na cidade de Newport Beach- Califórnia (E.U.A.) para viabilizar uma rotina sistemática de atendimento, sendo um método de triagem simples e rápido. Este método foi atualizado em 1994 e passou a ser usado no Brasil em 1999. A triagem é o foco central da aplicabilidade do S.T.A.R.T. É um processo reiterativo em que vítimas são priorizadas para tratamento e evacuação, feita repetidamente em todos os níveis de atenção. Triar consiste numa avaliação rápida das condições clínicas das vítimas para estabelecer prioridades de tratamento médico. É uma tática que determina prioridades de ação que, quando bem utilizada, determinam sucesso na diminuição da mortalidade e morbidade das vítimas de acidentes coletivos.

De acordo com Teixeira e Olcerenko (2007), a utilização de métodos como o S.T.A.R.T. por si não garantem a triagem, uma vez que eles devem estar associados a profissionais treinados (teoricamente e na prática), e que possuem preparo psicológico adequado às situações vivenciadas, para a agilidade e acurácia da tomada de decisão. Sendo assim é primordial que não só a equipe de enfermagem, mas toda a equipe multiprofissional busque cursos preparatórios para estar atuando nestas situações.

De acordo com Morton e Fontaine (2011, p.213), na ocorrência de um desastre, o papel da enfermagem nos cuidados críticos é fundamental. Ressalta a dependência deste em relação ao impacto do desastre sobre as estruturas das instituições, o meio ambiente e o número de profissionais disponíveis. Com base no pensamento crítico, as competências fundamentais da enfermagem em incidentes com vítimas em massa incluem:

A) usar uma abordagem ética e aprovada em nível nacional para suporte de tomada de decisões e priorização necessárias em situações de desastres;

b) utilizar competência de julgamento clínico e tomada de decisão na avaliação do potencial para o cuidado individual adequado após um incidente com vítimas em massa (IVM);

c) descrever os cuidados de enfermagem de emergência essenciais nas fases pré e pós desastres para indivíduos, famílias, grupos especiais (p.ex. crianças, idosos, gestantes) e comunidades;

d) descrever os princípios de triagem específicas que são aceitos para IVM (p.ex. Sistema de Triagem Simples e Tratamento Rápido [START]).

Finalmente, o transporte das vítimas deve ser realizado segundo as necessidades estabelecidas. Esse deverá ser feito de maneira organizada através de um fluxo de tráfego para evitar congestionamentos e acidentes (SALVADOR et al. 2012).

O destino final de um atendimento pré-hospitalar é o hospital, que é o local que terá condições de avaliar com maior propriedade e intervir nas necessidades orgânicas das vítimas afetadas pelas lesões traumáticas e distúrbios orgânicos. Por isso, é importante que as instituições hospitalares estejam familiarizadas com os protocolos de triagem, reconhecendo a classificação feita pelo atendimento pré-hospitalar, dando continuidade a assistência para estabelecer uma ação interna, a fim de reduzir a morbi-mortalidade das lesões e descompensações, com o aproveitamento dos recursos humanos e materiais já existentes em seu ambiente (FERNANDES, 2010).

Diante desses ares, percebemos a complexidade dos cuidados frente a um AMV, os quais devem estar pautados na sistematização do atendimento, somando os esforços de todos os capacitados para atuarem nesses eventos, visando evitar o agravamento das vítimas ou o surgimento de outras (SALVADOR et al., 2012).

De acordo os artigos selecionados e pesquisados foi possível destacar com facilidade a grande e fundamental importância que se tem em prestar um atendimento com qualidade às vítimas expostas a algum tipo de acidente. Ficou evidente não só nos artigos selecionados para análise, mas também nos manuais do MS que o método START apresenta vantagens em incidentes com múltiplas vítimas por ser simples e rápido.

Diante desse prisma de relevância epidemiológica dos Incidentes com Múltiplas Vítimas, é enfático que a assistência prestada às vítimas de tais eventos é um fator decisivo para minimizar as consequências catastróficas desses eventos, estabelecendo um aumento nos índices de sobrevivência das vítimas. É nesse sentido que a educação do enfermeiro, bem como de toda a equipe multiprofissional de saúde, edifica-se como fator essencial, uma vez que o processo educativo configura-se como uma ferramenta de treinamento e de fomento de protocolos, tendo por escopo o contínuo aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Pode-se assim, evidenciar que no âmbito do AMV o enfermeiro pode atuar no cenário de Classificação de triagem, como o START, que se baseia na capacidade de andar, avaliação da respiração, circulação e nível de consciência. Após este passo há urgência na transferência para um hospital para continuidade do atendimento às vítimas que necessitam de uma assistência precisa e de qualidade, rápida, porém eficaz.

## PREVENÇÃO DO TRAUMA

O trauma físico é uma lesão física grave e que pode colocar em risco a vida do paciente.

Causas comuns de trauma físico incluem acidentes de carro, queimaduras, afogamentos, explosões, lesões por esmagamento e surras graves.

O tratamento para trauma físico geralmente precisa ocorrer em um ambiente hospitalar e pode incluir cirurgia, bem como uma longa reabilitação.

O prognóstico varia dependendo da extensão das lesões, da saúde do paciente no momento da lesão e da rapidez com que o tratamento é realizado.

Há uma série de preocupações com o trauma físico. Problemas imediatos podem incluir perda de sangue, dano cerebral, comprometimento respiratório e dor severa.

Os pacientes devem ser avaliados rapidamente para identificar seus ferimentos e determinar quais lesões são mais graves.

Eles também devem ser apoiados se forem instáveis com tratamentos como fluidos intravenosos e transfusões de sangue para controlar a perda de sangue, ventilação se não puderem respirar de forma independente, e bandagem para parar ou retardar o sangramento.

Uma investigação para o trauma físico também inclui avaliações de possíveis complicações e lesões secundárias. Isso pode incluir rastreamento neurológico para identificar sinais de lesões no cérebro, já que danos cerebrais nem sempre são aparentes, junto com estudos de imagens médicas para procurar hemorragias internas, fraturas não diagnosticadas e outras lesões que podem ser perigosas se não forem tratadas.

As feridas também precisam ser completamente limpas para remover os contaminantes da cena, com o objetivo de reduzir a infecção, e os pacientes podem receber antibióticos profiláticos e outras drogas para prevenir a inflamação e a infecção.

Os hospitais lidam com traumas físicos em salas de emergência e unidades de trauma. As equipes de atendimento podem incluir enfermeiras, médicos e uma variedade de especialistas médicos que podem ser consultados para tratar de questões específicas, como fraturas e danos a órgãos.

Psicólogos e profissionais de reabilitação também costumam passar mais tempo com pacientes que sofreram traumas para identificar questões que precisarão ser abordadas quando o paciente estiver estável e em recuperação.

Os prestadores de cuidados de saúde especializados em cuidados de trauma incluem paramédicos, enfermeiros de emergência e cirurgiões de trauma.

Esses profissionais precisam ser capazes de agir rapidamente para avaliar e cuidar de um paciente, às vezes em situações caóticas e perturbadoras.

### O que é um trauma

A palavra "trauma" é mais comumente usada para descrever uma lesão corporal que é grave, súbita e imediatamente fatal.

A comunidade médica tem todo um sistema para classificar e selecionar os pacientes que apresentam esses sintomas, e os profissionais dessas áreas costumam ter uma forma mais simplificada de classificar os ferimentos como traumáticos ou sérios; em geral, no entanto, pode ser difícil definir uma definição específica por causa de quão amplamente os casos podem variar. Uma lesão cerebral traumática é diferente da força bruta na perna, por exemplo.

As pessoas também podem sofrer traumas emocionais, o que nem sempre é tão perceptível, mas pode ser tão sério quanto.

### Categorias e causas amplas

Em geral, as lesões traumáticas são aquelas que prejudicam significativamente o funcionamento de pelo menos uma parte do corpo. Eles geralmente também ameaçam a vida, ou pelo menos correm o risco de morte como um possível resultado, e normalmente acontecem como resultado de um acidente ou ato de violência.

Como resultado, os profissionais médicos geralmente reservam a descrição "traumática" para os ferimentos mais graves ou mais complicados de resolver. Muitas coisas podem se qualificar, mas condições que geralmente não incluem doenças e doenças que progridem ao longo do tempo; feridas superficiais; e complicações ou condições que eram esperadas, como em uma cirurgia.

As pessoas também podem sofrer trauma psicológico, que é uma lesão à saúde mental mais comumente causada por um evento emocionalmente chocante, doloroso ou intensamente perturbador.

É bastante comum que pessoas que testemunharam lesões traumáticas, seja para si mesmas ou para seus entes queridos, desenvolvam respostas psicológicas; isto é particularmente verdadeiro para sobreviventes de desastres naturais e outros eventos de baixas em massa. Os socorristas são frequentemente afetados. Naturalmente, esses tipos de respostas mentais também podem ser causados por instâncias mais específicas e experiências pessoais. As pessoas geralmente não mostram sinais externos de lesão ou sofrimento, mas o tumulto que sentem é muito real.

### Resposta Médica

As equipes médicas geralmente são treinadas para lidar com lesões traumáticas de maneira ligeiramente diferente das outras lesões, e o pessoal da sala de emergência geralmente está nas linhas de frente. Em alguns hospitais, centros especiais de trauma foram estabelecidos para reagir rapidamente às necessidades imediatas do paciente crítico.

As pessoas tratadas nesses tipos de unidades geralmente são aquelas que estiveram envolvidas em vários tipos de acidentes, colisões ou ataques violentos.

Normalmente é composta por médicos e cirurgiões especializados que estão preparados para lidar com lesões extensas resultantes de força contundente.

As primeiras horas após uma lesão deste calibre são as mais críticas para a chance de sobrevivência de um paciente.

Certos modos de transporte médico geralmente são realmente úteis quando se trata de despachar rapidamente uma equipe de atendimento para um local de acidente.

Não é incomum que essas equipes cheguem em um helicóptero médico, que normalmente é muito mais rápido que uma ambulância.

Uma vez que a equipe médica está no local, seus membros trabalham rapidamente para estabilizar os pacientes para o transporte. A ressuscitação cardiopulmonar, a terapia intravenosa, a aplicação de um torniquete ou outras técnicas que salvam vidas podem ser realizadas para preparar o paciente para o serviço de resgate aéreo ao hospital. Uma vez que a vítima chega, cirurgia de emergência ou outras medidas extraordinárias podem ser realizadas para salvar a vida do paciente.

### **Recuperação e Prognóstico**

Uma vez que o perigo imediato tenha sido resolvido e o paciente estabilizado, ele ou ela é frequentemente transferido para um centro de atendimento padrão no hospital ou no ambulatório.

Pessoas gravemente feridas muitas vezes começam a recuperação em uma unidade de terapia intensiva (UTI), onde receberão atenção 24 horas por dia para garantir que permaneçam estáveis.

A maioria das pessoas que recebem tratamento rápido é capaz de se recuperar totalmente, mas muito disso depende de como as coisas eram sérias no começo.

### **Dimensões emocionais**

Além de lesões físicas, os pacientes geralmente experimentam efeitos psicológicos ou emocionais após um incidente extremamente angustiante ou chocante, ou mesmo uma cadeia de eventos que faz com que a pessoa sinta uma angústia avassaladora. Normalmente, isso acontece quando algo horrível acontece inesperadamente e o indivíduo fica impotente para pará-lo.

Alguém que tenha sofrido abuso infantil ou tenha sido sequestrado também pode sofrer esses efeitos, logo após o evento ou anos futuros.

Muitas vezes, em adultos, uma forma de neurose como essa pode se manifestar devido a um evento traumático ocorrido durante a infância.

Os sintomas geralmente incluem pesadelos, revivendo aspectos assustadores do evento, paranoia ou sentimentos de perigo iminente. Estes podem consumir a vítima e afetar severamente a sua vida.

O tratamento psicológico, o mais cedo possível, pode ajudar a aliviar essa dor e evitar as condições mentais de longo prazo, e as intervenções farmacêuticas podem ajudar também.

### **O que é uma lesão aguda**

Uma lesão aguda é uma lesão de início súbito, geralmente como resultado de trauma. Quando tratados prontamente, esses ferimentos são de duração limitada.

Lesões não tratadas podem desenvolver complicações que podem levar a lesões crônicas, lesões que persistem a longo prazo sem resolver e, em alguns casos, as pessoas podem morrer de lesões agudas não tratadas.

O tratamento de lesões agudas graves é a província da sala de emergência, enquanto lesões mais leves podem ser gerenciados em casa com os primeiros socorros.

Algumas causas de lesões agudas são queimaduras, choque elétrico, acidentes de carro, quedas, entorses e distensões e brigas. Em todos os casos, um único incidente provoca uma lesão e a gravidade da lesão pode variar.

Pessoas com lesões leves retêm a consciência e não requerem intervenção médica extensa.

Lesões mais graves podem exigir cirurgia e outras medidas de emergência para evitar a perda de vida ou incapacidade permanente para a pessoa lesada.

Certas lesões agudas são causas maiores de preocupação do que outras.

Lesões na cabeça devem ser cuidadosamente avaliadas, pois podem resultar em danos cerebrais e podem colocar um paciente em risco de complicações no futuro.

Contusões no abdômen, como visto em acidentes de carro, alguns tipos de quedas e espancamentos também podem ser uma preocupação, pois é possível que o paciente sofra sangramento interno ou danos nos órgãos que não são aparentes.

Da mesma forma, uma lesão adquirida em um ambiente contaminado é preocupante para os prestadores de cuidados, porque pode levar a infecções, se microrganismos e outros materiais conseguirem entrar no corpo do paciente.

O tratamento imediato requer avaliação para determinar a localização e a natureza da lesão. O nível de consciência do paciente também deve ser avaliado. Se o paciente estiver respirando, falando e sentindo dor mínima após uma lesão aguda, isso pode ser um sinal de que a lesão é pequena e pode ser tratada com limpeza e monitoramento. Pacientes que experimentam dor severa, têm dificuldade em respirar ou desenvolvem um nível alterado de consciência podem exigir atenção de um médico.

A preocupação com essas lesões é que, se não forem tratadas adequadamente, o paciente pode desenvolver lesões secundárias. Estes podem incluir infecção, inflamação, morte do tecido, desfiguração, dano muscular permanente e outros problemas. Fornecer aos pacientes tratamento oportuno e adequado para a lesão pode limitar os danos que levam a problemas crônicos. Por exemplo, se um atleta tem um ligamento rompido, o membro envolvido precisa estar descansado e o paciente pode precisar de fisioterapia para reconstruir a força.

### **Componentes**

Dentro do conceito de atenção ao paciente vítima de trauma devem estar previstas a educação popular em saúde, as ações da Atenção Básica, os Serviços de Urgência/Emergência (hospitalares, componentes fixos e móveis), os Centros de Trauma, a Reabilitação, Cuidado Ambulatoriais e a Reintegração Social.

A Linha de Cuidado ao Trauma objetiva proporcionar cuidado integral e continuado, promovendo a transferência entre os pontos de atenção à saúde, tendo como pressuposto que todos têm fundamental relevância no fluxo da Linha de Cuidado.

Ainda, esta Linha de Cuidado sustenta a inquestionável relevância do papel exercido das ações de educação coletiva em saúde e da otimização do controle adequado dos fatores de risco na tentativa de redução da incidência do trauma.

Considerando a necessidade da rápida identificação da gravidade do trauma que um paciente sofreu, a rápida resolução de quadros clínicos de risco de perder a vida e reduzir sequelas, além da necessidade de estabelecer na RUE Centros de Atendimento ao Trauma por complexidade, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, definem-se como constituintes da Linha de Cuidado ao Trauma os seguintes componentes:

- Unidades de Atenção Básica à Saúde (Sala de Observação);

- Componente Móvel de Urgência (Pré-hospitalar / SAMU 192);
- Sala de Estabilização (SE);
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24horas) e Pronto-Socorros de hospitais gerais (não referenciados para atendimento ao Trauma);
- Hospitais com habilitação em Centro de Trauma (CT) Tipo I, Tipo II e Tipo III aos pacientes vítimas de trauma;
- Atenção Domiciliar;
- Serviços de Reabilitação Ambulatorial e Hospitalar;
- Enfermaria de longa permanência;
- Serviços de Reintegração Social;
- Centrais de Regulação;
- Centros de informações toxicológicas;
- Atenção Especializada Hospitalar;
- Unidades de Atenção Especializada;

É essencial que as diretrizes de atenção ao paciente vítima de trauma sejam definidos e pactuados pelos diferentes componentes da Linha de Cuidado, de forma a uniformizar o cuidado e permitir o acesso de todos os pacientes às terapias estabelecidas, respeitando as diferenças regionais.

Com o objetivo de incentivar a definição de papéis e missões entres os serviços de saúde para atender as necessidades da Rede, destaca-se a seguir algumas especificidades de atenção ao trauma nos pontos de atenção da RUE.

Unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família (estratégia de saúde da família, núcleos de apoio à saúde da família e programa de saúde na escola) – sala de observação

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral à saúde da população de sua área de abrangência.

A ação da AB na Linha de Cuidado ao Trauma vai além do evento agudo. A equipe da Unidade Básica de Saúde - UBS deve realizar ações, no âmbito individual e coletivo, para promoção e prevenção de acidentes e agravos. Dentre os temas para abordagem aos pacientes de vítimas de trauma, devem ser ressaltados como será e quando será necessário acionar Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), enfatizando para que o usuário saiba a importância de procurar os serviços de saúde nos primeiros momentos pós-acidente, possibilitando o tratamento em tempo oportuno.

Na abordagem do evento agudo, quando o usuário procura a unidade com queixas sugestivas de trauma ou violência, a equipe deve realizar o primeiro atendimento, acolher e classificar o risco da urgência, bem como avaliar sinais vitais, fazer exame neurológico e, após isso entrar em contato com a Central de Regulação de Urgência (ou Serviço de Urgência) para encaminhamento do usuário quando indicado.

#### **A AB deve também:**

- Promover ações de prevenção ao trauma;
- Realizar acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade aos usuários vítimas de trauma, realizando a devida avaliação, manejo inicial do caso e encaminhamento, seguindo o fluxo pactuado de referência e contra referência, se houver necessidade, e de acordo com a complexidade;
- Garantir a retaguarda de transporte de urgência para encaminhamento adequado do paciente ao serviço de referência, quando necessário.

Componente móvel de urgência (pré-hospitalar/SAMU 192 e outros)

- Acolher as chamadas de causa traumática da população por meio do número universal de acesso gratuito 192;

- Configurar-se como principal direcionador do fluxo regulatório da urgência;
- Dispor de Central de Regulação para encaminhamento imediato dos pacientes traumatizados aos hospitais habilitados para o atendimento de acordo com a complexidade exigida;
- Manter comunicação contínua entre o transporte e a unidade receptora;
- Utilizar protocolo unificado de cuidado pré-hospitalares, conforme as diretrizes clínico-assistenciais definidas pelo Ministério da Saúde (MS);
- Capacitar as equipes de atendimento móvel de urgência: Unidade de Suporte Avançado (USA), Unidade de Suporte Básico (USB), Veículo de Intervenção Rápida (VIR), ambulância, aeromédico e motolância;
- Integrar sistema de regulação com o de informação e registro de trauma;
- Atuar de forma articulada com os demais pontos de atenção ao trauma.

#### **Salas de estabilização**

- Fornecer retaguarda aos pacientes críticos e graves atendidos em regime de urgência, em localidades de vazio assistencial e que o encaminhamento sem estabilização prévia incorra em risco de vida;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade, estabilizando os pacientes, para encaminhamento rápido para os Centros de Trauma;

- Encaminhar os pacientes, após estabilização clínica, para internação em serviços hospitalares, por meio do Complexo Regulador/Regulação de Urgência, ou para as Portas de Urgência referenciadas pela Central de Regulação das Urgências;

- Serão procedimentos da sala de estabilização:

1. Manutenção das vias aéreas;
2. Respiração e ventilação;
3. Circulação e controle de hemorragia;
4. Imobilização cervical;
5. Avaliação neurológica;
6. Exposição do paciente para avaliação completa;
7. Controle da hipotermia.

- Prover atendimento e/ou referência adequados ao serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE da região, a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;

- Referenciar e contra referenciar os pacientes para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção à Saúde, proporcionando continuidade no tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 e a UPA de referência, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da SE.

#### **Unidades de pronto atendimento (UPA 24 horas), salas de estabilização, pronto socorros de hospitais gerais e serviço de urgência 24 horas**

- Serem integrantes e componentes da RUE, além de contarem com estrutura de complexidade intermediária para o atendimento do usuário vítima de trauma. A estratégia visa atendimento inicial do paciente e está diretamente relacionada ao trabalho do Componente Móvel de Urgência, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação;

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - PARTE 2  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (SAÚDE DO TRABALHADOR)

---

1. Segurança do Trabalho: histórico da Segurança do Trabalho. Doenças relacionadas ao trabalho. ....	01
2. Classificação dos riscos ambientais Normas regulamentadoras da Portaria nº 3.214/1978 e suas atualizações: .....	16
3. NR – 05 - regulamenta o funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA); .....	17
4. NR 06 - Equipamentos de Proteção Individual – EPI; .....	20
5. NR – 07 - implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO); .....	24
6. NR 08; NR 08 – Edificações; .....	26
7. NR 09 - Programas de Prevenção de Riscos Ambientais; .....	27
8. NR 10 - Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade; .....	29
9. NR 11 - Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais; .....	34
10. NR 15 - Atividades e Operações Insalubres; .....	39
11. NR 16 - Atividades e Operações Perigosas; .....	54
12. NR 17 – Ergonomia; .....	59
13. NR 19 – Explosivos; .....	61
14. NR 20 - Líquidos combustíveis e inflamáveis; .....	69
15. NR 21 - Trabalho a Céu Aberto; .....	84
16. NR 23 - Proteção Contra Incêndios; .....	85
17. NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho; .....	85
18. NR 26 - Sinalização de Segurança; .....	90
19. NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde; .....	92
20. NR 33 - Segurança e Saúde no Trabalho em espaços confinados; .....	100
21. NR 35 - Trabalho em altura; .....	103
22. NHO 1 – Avaliação da exposição ocupacional ao ruído; .....	110
23. NHO 6 – Avaliação da exposição ocupacional ao calor; .....	110
24. NHO 11 – Avaliação dos níveis de iluminação em ambientes internos de trabalho. ....	110
25. Urgência e emergência em saúde ocupacional; .....	110
26. Lei nº 7.498/1986 (Lei do exercício profissional), regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987. ....	110
27. Código de Ética e Deontologia da Enfermagem – análise crítica. ....	110
28. Bioética .....	110

---

**PARTE 2: SEGURANÇA DO TRABALHO: HISTÓRICO DA  
SEGURANÇA DO TRABALHO. DOENÇAS RELACIONADAS  
AO TRABALHO**

Então por volta de 1760 e 1830 na Inglaterra, ocorreu um fato marcante: a Revolução Industrial.

E ela teve origem com o surgimento da máquina de fiar.

Com o advento das primeiras máquinas de fiação e tecelagem, o artesão perdeu o domínio dos meios de produção.

As máquinas já começavam a substituir o artífice, numa produção muitíssimo superior à do homem.

A mão de obra necessária para a manipulação das máquinas era facilmente garantida pelas famílias pobres.

Sendo aceitos como trabalhadores homens, mulheres e crianças, não importando a saúde nem outros requisitos.

O empregador estabelecia as condições de trabalho de acordo com sua vontade e seu livre arbítrio.

As diretrizes eram fixadas pelo empregador, bem como a duração diária de trabalho.

**Os acidentes na história da segurança do trabalho**

Todo esse quadro assumiu situações graves, o trabalhador não tinha nenhum respeito humano.

Não só os acidentes se sucederam, mas também enfermidades típicas ou agravadas pelo ambiente profissional.

Nesse período de inatividade o operário não recebia salário e não havia leis que o amparasse.

**A história da segurança do trabalho e as leis**

As primeiras leis de proteção ao trabalho surgiram na Inglaterra, França, Alemanha e Itália.

Sendo:

- Na Inglaterra, em 1802 criou-se a lei de amparo aos operários;
- Em 1819 surge a lei que proibia o trabalho para menores de 9 anos e limitava a 12 h a jornada para menores de 16 anos;
- Em 1833, o Parlamento Inglês votou nova lei, reduzindo para 8 h o limite de jornada dos menores de 13 anos; e
- Para 12 h aos menores de 18 anos e proibindo o trabalho noturno de menores;
- Em 1847, passou a vigorar uma lei estabelecendo a duração diária do trabalho para 10 h e;
- Essa lei dava proteção às mulheres e menores;
- Já em 1908, foi estabelecida a jornada diária de 8 h;
- Em 1910, foi criada a folga de meio dia por semana aos comerciários;
- Em 1912, o Código de Leis Trabalhistas, foi ampliado sempre por estatutos especiais e portarias administrativas.

Certamente pode se considerar que a Inglaterra foi o berço da ideia do repouso semanal e da limitação da jornada diária de trabalho.

**A história da segurança do trabalho nos dias atuais**

A segurança do trabalho foi sofrendo mudanças ao longo de toda a história.

Vários países considerando a importância da vida, também aplicavam melhores condições no ambiente de trabalho.

No Brasil não foi diferente, as primeiras leis surgiram em 1919 e foram aprimoradas ano a pós ano.

Contudo, foi somente em 1972 que a história da segurança do trabalho mudou consideravelmente.

Foi nesse período que surgiu a portaria nº 3.237, onde foi estabelecida a obrigatoriedade dos serviços especializados em segurança, higiene e medicina do trabalho nas empresas.

A partir dessa portaria, tantas outras surgiram sendo a mais importante e de destaque atual: a de 8 de junho de 1978, de nº 3.214.

Nessa portaria foram aprovadas as Normas Regulamentadoras, NR's, do capítulo V da CLT.

Hoje temos ativas 37 Normas Regulamentadoras.

Muito ainda precisa se fazer para melhorar a segurança do trabalho nas empresas. Os acidentes ainda acontecem de maneira alarmante!

A história da segurança teve diversas mudanças até os dias atuais, mas precisamos mudar o modo de pensar a respeito da vida.

Fonte: <https://prolifeengenharia.com.br/historia-da-seguranca-do-trabalho/>

**Saúde do Trabalhador**

Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Atualmente, vem crescendo a preocupação com os agravos à saúde dos trabalhadores. Pelo lado das empresas, o fato de esses eventos significarem custos tanto em relação aos tributos, pois no caso de afastamento em decorrência de acidente ou doença do trabalho, quando emitida a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), a empresa deve manter a contribuição do Fundo de Garantia Por Tempo de Serviço (FGTS) e garantir a estabilidade do trabalhador por um ano, após o seu retorno ao trabalho, e de acordo com o número de acidentes, a empresa corre o risco de ter aumentada a sua alíquota de contribuição ao Seguro Acidente de Trabalho (SAT), pois com a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP), em 2007, a contribuição empresarial passa a se vincular ao número de afastados por problemas de saúde decorridos do trabalho; tanto com o treinamento de novo funcionário para substituir o que se acidentou e se afastou.

Além disso, ainda há a preocupação com as certificações internacionais que impõem determinadas exigências às empresas quanto a qualidade dos produtos e, em certa medida, ao processo de produção, o que reverbera em atitudes que podem melhorar o ambiente laboral. Porém, a discussão da prevenção, quase sempre, imputa aos trabalhadores o peso das medidas que, não exclusivamente, mas de maneira acentuada, resvala sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), que embora crie barreiras para a exposição do corpo a algum agente causador de acidente ou doença, pesa sobre o indivíduo, que muitas vezes, já trabalha em lugar quente ou frio, realiza movimentos repetitivos e, entre outros, ainda, tem que usar EPI, que certamente protege, mas também é causa de incômodos e representa o reconhecimento de que aquela atividade oferece riscos à saúde do trabalhador. Além disso, a empresa também opta pela substituição da força de trabalho desgastada ou adoecida, há uma visível preferência pelos mais jovens e sadios.

### O CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS. Nessa concepção, trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego.

Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral – presentes nos processos de trabalho. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e Inter setorial.

Os trabalhadores, individual e coletivamente nas organizações, são considerados sujeitos e participantes das ações de saúde, que incluem: o estudo das condições de trabalho, a identificação de mecanismos de intervenção técnica para sua melhoria e adequação e o controle dos serviços de saúde prestados. Na condição de prática social, as ações de saúde do trabalhador apresentam dimensões sociais, políticas e técnicas indissociáveis. Como consequência, esse campo de atuação tem interfaces com o sistema produtivo e a geração da riqueza nacional, a formação e preparo da força de trabalho, as questões ambientais e a seguridade social. De modo particular, as ações de saúde do trabalhador devem estar integradas com as de saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos podem afetar, também, o meio ambiente e a população em geral.

Segundo o parágrafo 3.º do artigo 6.º da LOS, a saúde do trabalhador é definida como “um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”. Esse conjunto de atividades está detalhado nos incisos de I a VIII do referido parágrafo, abrangendo:

- a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- a participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

- a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- a informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- a revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho;
- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, do setor, do serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do trabalhador.

Um dos princípios doutrinários do SUS é a descentralização, que é entendida como uma redistribuição de poder e responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maior a possibilidade do acerto.

Assim, ao município cabe a execução da maioria das ações na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos, principalmente a responsabilidade política pela sua saúde. Isso significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

O que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade estadual e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. A essa profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde é o que se chama municipalização da saúde. Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

A saúde do trabalhador no âmbito do SUS é um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Dados do Ministério da Previdência Social apontam que há tendência de diminuição das ocorrências de acidentes de trabalho. Entre 2008 e 2010, os casos reduziram 7,3% – o que corresponde a cerca de 54 mil casos a menos nesse período. Em 2008, foram 755,9 mil acidentes de trabalho e em 2010, 701,4 mil. Nesta sexta-feira (27), comemora-se o Dia Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho. De acordo com o Boletim Estatístico da Previdência Social (Beps), em junho de 2012, foram mais de R\$ 1 milhão pagos em benefícios relacionados a acidentes de trabalho, tanto aposentadoria quanto auxílio-acidente, a mais de 1,2 mil pessoas – uma média de R\$ 845 por trabalhador. Segundo informações do Tribunal Superior do Trabalho (TST), os setores que mais registraram acidentes de trabalho em 2010, quando foi feito o último levantamento, foram a indústria e a construção civil, com mais de 59,9 mil e 54,6 mil casos, respectivamente. Em seguida estão os setores de comércio, veículos automotores, saúde, serviços sociais, transporte e armazenagem. Texto retirado do endereço eletrônico: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/07/acidentes-de-trabalho-dimiuem-no-pais>

### Principais patologias enfrentada pelos trabalhadores

Ansiedade é uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de medo, perigo ou de tensão, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como uma sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido, nervosismo, aperto no Tórax, transpiração, etc. Todas as pessoas podem sentir ansiedade, principalmente com a vida atribulada atual. A ansiedade acaba tornando-se constante na vida de muitas pessoas. Dependendo do grau ou frequência pode se tornar patológica e acarretar em muitos problemas posteriores, como o transtorno da ansiedade.

Ter ansiedade ou sofrer desse mal faz com que a pessoa perca uma boa parte da sua autoestima, ou seja, ela deixa de fazer certas coisas porque se julga ser incapaz de realizá-las. No entanto, o termo ansiedade está de certa forma interligado com o a palavra medo, sendo assim a pessoa passa a ter o medo de errar quando da realização de diferentes tarefas, sem mesmo chegar a tentar. Os estudos sobre o controle no trabalho ("job control") ganharam enorme fôlego nas últimas duas décadas e ligaram-se, de forma estreita, às redefinições dos processos de trabalho no contexto de reestruturação da economia mundial. Por outro lado, tais redefinições podem ser também atribuídas, em alguma medida, aos achados produzidos pelas pesquisas sobre controle, saúde e bem-estar.

### Motivação em psicologia, é a força propulsora (desejo) por trás de todas as ações de um organismo

Motivação é o processo responsável pela intensidade, direção, e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta. A motivação é baseada em emoções, especificamente, pela busca por experiências emocionais positivas e por evitar as negativas, onde positivo e negativo são definidos pelo estado individual do cérebro, e não por normas sociais: uma pessoa pode ser direcionada até à auto-mutilação ou à violência caso o seu cérebro esteja condicionado a criar uma reação positiva a essas ações.

Parece claro que nas pessoas motivadas há toda uma série de sentimentos e fatores emocionais que reforçam o seu entusiasmo e a sua persistência perante os contratemplos normais da vida. O sentimento da própria eficácia, o acreditar de uma pessoa nas suas próprias capacidades tem um surpreendente efeito multiplicador sobre essas mesmas capacidades. Aqueles que se sentem eficazes recuperam mais depressa dos fracassos, não se perturbam demasiado pelo fato de que as coisas possam correr mal; pelo contrário, fazem-nas o melhor que podem e procuram a maneira de as fazer ainda melhor na vez seguinte. O sentimento da própria eficácia tem um grande valor estimulante, e vai acompanhado por um sentimento de segurança que alenta e conduz à ação.

São, as organizações, processos de interação social onde pessoas, também investidas de papéis de trabalho, procuram fazer valer seus interesses, seus valores e crenças; onde, para decifrá-la, devemos ter, a certeza de que no local de trabalho, apesar do capital buscar "recursos humanos", as pessoas continuam sendo pessoas. Ainda que não tenhamos uma história do trabalho no Brasil, em que a interlocução direta entre trabalhadores e patrões seja o modo de se relacionar, barganhar interesses e conquistar direitos, o reconhecimento deste processo conduz-nos a olhar as condições de possibilidade para desenvolver-se negociações a partir de outros olhos.

### O assédio moral no trabalho

É a exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções, sendo mais comuns em relações hierárquicas autoritárias e assimétricas, em que predominam condutas negativas, relações desumanas e aéticas de longaduração, de um ou mais chefes dirigida a um ou mais subordinado(s), desestabilizando a relação da vítima com o ambiente de trabalho e a organização, forçando-o a desistir do emprego. Caracteriza-se pela degradação deliberada das condições de trabalho em que prevalecem atitudes e condutas negativas dos chefes em relação a seus subordinados, constituindo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e a organização. A vítima escolhida é isolada do grupo sem explicações, passando a ser hostilizada, ridicularizada, inferiorizada, culpabilizada e desacreditada diante dos pares. Estes, por medo do desemprego e a vergonha de serem também humilhados associado ao estímulo constante à competitividade, rompem os laços afetivos com a vítima e, frequentemente, reproduzem ações e atos do agressor no ambiente de trabalho, instaurando o 'pacto da tolerância e do silêncio' no coletivo, enquanto a vítima vai gradativamente se desestabilizando e fragilizando, 'perdendo' sua autoestima.

A violência moral no trabalho constitui um fenômeno internacional segundo levantamento recente da Organização Internacional do Trabalho (OIT) com diversos países desenvolvidos. A pesquisa aponta para distúrbios da saúde mental relacionado com as condições de trabalho em países como Finlândia, Alemanha, Reino Unido, Polônia e Estados Unidos. As perspectivas são sombrias para as duas próximas décadas, pois segundo a OIT e Organização Mundial da Saúde, estas serão as décadas do 'mal estar na globalização', onde predominará depressões, angustias e outros danos psíquicos, relacionados com as novas políticas de gestão na organização de trabalho e que estão vinculadas as políticas neoliberais. São com outros olhos que, advogamos, devemos ver o local de trabalho: olhos que concebam a existência de pessoas e, como tal, buscam dar sentido ao seu cotidiano, construindo-o de modo conflituoso e cooperativo; pessoas que interagem a vida fora do local de trabalho com a vida no trabalho, lidam com as exigências postas pelas condições e pela organização do trabalho, enfim, conduzem processos sociais, constroem sua história.

Apesar de termos muitas vezes toda uma categoria profissional submetida a exigências comuns em termos de organização do processo de trabalho, quando nos aproximamos dos locais onde trabalham vemos que cada local é um mundo singular, com seus problemas particulares, com mecanismos que fazem com que uma mesma tecnologia influa diferentemente, são pessoas diferentes, relações interpessoais construídas, são diferentes regras que vigoram.

*BORGES, L. H., 1997. Trabalho e doença mental: Reconhecimento social do nexo trabalho e saúde mental. In: A Danoção do Trabalho - Organização do Trabalho e Sofrimento Psíquico (J. F. Silva Filho & S. Jardim, org.), pp. 193-202, Belo Horizonte: Te Corá Editora.*  
*BROWN, J. A. C., 1979. Psicologia Social da Indústria. São Paulo: Atlas.*

O trabalho, compreendido como toda transformação da natureza para benefício do homem, além de necessário para a manutenção da vida humana, é importante fator na definição das condições de saúde de cada indivíduo.

O emprego de novas tecnologias, novas práticas gerenciais e a incorporação de novas matérias primas aos processos de trabalho tem repercussão direta sobre a morbi-mortalidade dos trabalhadores.

A Saúde do Trabalhador, conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos dos processos de trabalho, passou a fazer parte das ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde - SUS a partir da Constituição Federal de 1988, que, em seu artigo 200, inciso II, define que compete ao SUS executar ações de Saúde do Trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los.

#### **História, documentos e fatos sobre a saúde do trabalhador**

A saúde do trabalhador passou aos poucos a ser incorporada nas ações do SUS em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS, nº 8080, artigo 6º) é conferido a direção nacional do SUS a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador. A LOS orienta a execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador, o parágrafo 3º do artigo 6º a define como:

“Um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e a proteção da saúde do trabalhador, assim como visa a recuperação e a reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”

A portaria 3908/GM, de 30 de outubro de 1998, ficou conhecida como a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador-NOST/SUS, definiu as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador rural e urbano, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a serem desenvolvidas pelas secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

A publicação de uma lista de doenças relacionadas ao trabalho, por meio da Portaria/MS nº 1339/1999, se deu em cumprimento da determinação do artigo 6º inciso VII, da LOS. A publicação desta lista só foi possível pelo empenho histórico de trabalhadores e técnicos em conseguir reconhecimento de determinadas doenças como resultantes das condições de organização do trabalho. A mesma lista regulamenta o conceito de doença profissional e doença adquirida pelas condições em que o trabalho é realizado, normatizando e classificando tais infortúnios, sendo que esta também foi adotada pelo Ministério da Previdência e Assistência social, no estabelecimento de nexos e de pagamentos de benefícios sociais.

A partir do Sistema Único de saúde (SUS) os serviços de saúde pública tem primado suas ações por meio do desenvolvimento de sistemas de informações como é o caso de patologias como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, HIV etc... Na área de saúde do trabalhador as informações são escassas com estimativas a partir de dados da Previdência Social, por meio da comunicação de acidente de trabalho (CAT) sendo pouco abrangente e não consegue apreender dados precisos da questão, pois tem o caráter de seguridade especialmente para trabalhadores formalmente vinculados ao mercado de trabalho. Mesmo nestes há subnotificação, principalmente em doenças relacionadas ao trabalho que acabam não sendo diagnosticadas como tal. Outro agravante de subnotificação é o trabalho informal que oculta os acidentes, morte e invalidez.

Considerando a necessidade da disponibilidade de informação consistente e ágil sobre a situação da produção, perfil dos trabalhadores e ocorrência de agravos relacionados ao trabalho para orientar as ações de saúde, a intervenção nos ambientes e condi-

ções de trabalho, subsidiando o controle social, e pela constatação de que essas informações estão dispersas, fragmentadas e pouco acessíveis, no âmbito do SUS é que foi publicada a portaria nº 777/GM de 28 de abril de 2004, que dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de 11 agravos da saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no SUS. Em atendimento a esta portaria a coordenação nacional de saúde do trabalhador (COSAT) a partir de abril de 2006 reuniu para a capacitação sobre SINAN NET saúde do trabalhador um representante de cada Estado e assim dar início ao processo de construção para a implantação da vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador. Em 20 de julho de 2006 uma técnica do SINAN Nacional e um do DATASUS nacional estiveram no Estado do Paraná implantando o SINAN NET para oficializar a digitação e envio de dados da Saúde do trabalhador através das unidades sentinela definidas no projeto.

Projeto que foi elaborado com a participação de vários técnicos do CEST, Hospital do Trabalhador, Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, SINAN Estadual e 2ª Regional de Saúde e a contribuição do CEREST de Londrina. As atribuições estabelecidas na portaria 2437de 07 de dezembro de 2005 que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador no SUS) dispõe sobre as atribuições no nível local, municipal, regional, estadual e nacional. Dando continuidade ao cronograma definido no Projeto Estadual de Implantação da Vigilância epidemiológica em Saúde do trabalhador apresentamos este projeto de capacitação de técnicos para a notificação de agravos da saúde do trabalhador.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (VISA-TT) é um conjunto de ações feitas sempre com a participação dos trabalhadores e articuladas intra e intersetorialmente, de forma contínua e sistemática, com o objetivo de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes da saúde relacionados ao trabalho, cada vez mais complexo e dinâmico.

A Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de pôr em prática as ações de vigilância, assistência e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade, ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob a égide do controle social, nos três níveis de gestão do SUS.

A VISATT Estadual se divide em três eixos complementares:

**Vigilância Epidemiológica:** coordenação dos procedimentos técnicos para sistematização da informação e a notificação compulsória das doenças e agravos relacionados ao trabalho. Por meio do acompanhamento periódico de indicadores de saúde e sistemas, como o de informação de agravos de notificação (SINAN-NET), busca-se conhecer o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores e trabalhadoras, bem como o cruzamento com variáveis, tais como as atividade econômica e ocupação.

**Atenção à Saúde:** Objetiva a consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora por meio do fortalecimento das ações dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Esses centros, comumente de abrangência estadual ou regional, deixam de ser porta de entrada prioritária e assumem o lugar de suporte e retaguarda técnica no seu território de abrangência. Atuam como polo irradiador da cultura da centralidade do trabalho e produção social no processo saúde-doença. Além disso, a Atenção à Saúde almeja a ampliação e estímulo às ações do controle social, exercido, por exemplo, através das Comissões Intersectoriais de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CISTT) vinculadas aos respectivos Conselhos de Saúde.

Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho: Compreendida como um conjunto de ações interventivas; planejadas, executadas e avaliadas a partir da análise dos agravos/doenças e de seus determinantes relacionados aos processos e ambientes de trabalho; que visam atenuar ou controlar os fatores e as situações geradoras de risco para a saúde dos trabalhadores. É a essência da ação de VI-SATT e é desenvolvida por análises de documentos, entrevistas com trabalhadores e observação direta do processo de trabalho (forma de trabalhar, relação do trabalhador com os meios e processos de produção e da relação dos meios de produção com o ambiente).

### A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES

Por princípio, a atenção à saúde do trabalhador não pode ser desvinculada daquela prestada à população em geral. Tradicionalmente, a assistência ao trabalhador tem sido desenvolvida em diferentes espaços institucionais, com objetivos e práticas distintas:

- pelas empresas, por meio dos Serviços Especializados em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e outras formas de organização de serviços de saúde;
- pelas organizações de trabalhadores;
- pelo Estado, ao implementar as políticas sociais públicas, em particular a de saúde, na rede pública de serviços de saúde;
- pelos planos de saúde, seguros suplementares e outras formas de prestação de serviços, custeados pelos próprios trabalhadores;
- pelos serviços especializados organizados no âmbito dos hospitais universitários.

Contrariando o propósito formal para o qual foram constituídos, os SESMT operam sob a ótica do empregador, com pouco ou nenhum envolvimento dos trabalhadores na sua gestão. Nos setores produtivos mais desenvolvidos, do ponto de vista tecnológico, a competição no mercado internacional tem estimulado a adoção de políticas de saúde mais avançadas por exigências de programas de qualidade e certificação.

No âmbito das organizações de trabalhadores, a luta sindical por melhores condições de vida e trabalho conseguiu alguns avanços significativos nos anos 80, sob inspiração do novo sindicalismo, ainda que de modo desigual no conjunto da classe trabalhadora. Entretanto, a atuação sindical neste campo tem sofrido um refluxo na atual conjuntura, em decorrência das políticas econômicas e sociais em curso no País que deslocam o eixo das lutas para a manutenção do emprego e a redução dos impactos sobre o poder de compra dos trabalhadores. Como consequência, na atualidade, podem ser observadas práticas diversificadas, desde atividades assistenciais tradicionais até ações inovadoras e criativas, que enfocam a saúde de modo integral.

### AS AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR NA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Apesar da rede pública de serviços de saúde sempre ter atendido trabalhadores, um modelo alternativo de atenção à saúde do trabalhador começou a ser instituído, em meados da década de 80, sob a denominação de Programa de Saúde do Trabalhador, como parte do movimento da Saúde do Trabalhador.

As iniciativas buscavam construir uma atenção diferenciada para os trabalhadores e um sistema de vigilância em saúde, com a participação dos trabalhadores. Atualmente existem no país cerca de 150 programas, centros de referência, serviços, núcleos ou coordenações de ações de Saúde do Trabalhador, em estados e municípios, com graus variados de organização, competências, atribuições, recursos e práticas de atuação, voltados, principalmente, para a atenção aos trabalhadores urbanos.

Apesar de pontuais e díspares, esses programas e serviços tiveram o mérito de construir uma experiência significativa de atenção especializada à saúde do trabalhador, desenvolver uma metodologia de vigilância, preparar recursos humanos, estabelecer parcerias com os movimentos social e sindical e, também, com outras instâncias responsáveis pelas ações de saúde do trabalhador nos Ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência e Assistência Social (MPAS) e com os Ministérios Públicos (MP). Contribuíram, também, para a configuração do atual quadro jurídico-institucional, inscrito na Constituição Federal, na LOS e na legislação complementar.

Entre as maiores dificuldades apresentadas pela estratégia de implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) estão a cobertura do conjunto dos trabalhadores e a pequena inserção na rede do SUS, em uma perspectiva de atenção hierarquizada e integral. Além dessas podem ser apontadas:

- falta de tradição, familiaridade e conhecimento dos profissionais do sistema com a temática da saúde/doença relacionada ao trabalho, o que leva à crônica incapacidade técnica para o diagnóstico e o estabelecimento da relação das doenças com o trabalho;
- deficiência de recursos materiais para as ações de diagnósticos, equipamentos para avaliações ambientais, bibliografia especializada;
- não-reconhecimento das atribuições do SUS no tocante às ações de vigilância dos ambientes de trabalho, tanto no âmbito do SUS quanto entre outros setores de governo e entre os empregadores;
- falta de informações adequadas sobre os agravos à saúde relacionados ao trabalho nos sistemas de informação em saúde e sobre sua ocorrência na população trabalhadora no setor informal;
- pouca participação dos trabalhadores. Muitos sindicatos limitam-se, na sua relação com o SUS, à geração de demandas pontuais, que acabam por preencher a agenda de muitos CRST. Falta, entretanto, uma integração construtiva na qual trabalhadores e técnicos da saúde busquem compreender a complexidade da situação da saúde do trabalhador em conjunturas e espaços específicos e, a partir daí, traçar estratégias comuns para superar as dificuldades;
- indefinição de mecanismos claros e duradouros para o financiamento de ações em saúde do trabalhador;
- atribuições concorrentes ou mal definidas entre os diferentes órgãos que atuam na área.

Podem, ainda, ser apontadas dificuldades para a incorporação/articulação das ações de Saúde do Trabalhador no âmbito do sistema de saúde, em nível nacional, regional e local, como, por exemplo: com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), o Departamento de Informática do SUS (Datasus) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA), comprometendo a universalidade e a integralidade da atenção.

A experiência acumulada pelos Programas de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde sustenta a proposta de reorientação do modelo assistencial, que privilegia as ações de saúde do trabalhador na atenção primária de saúde, com a retaguarda técnica dos CRST e de instâncias mais complexas do sistema de saúde. Esses devem garantir uma rede eficiente de referência e contra-referência, articulada com as ações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, e os programas de atenção a grupos específicos, como mulher, adolescentes, idosos ou organizados por problemas. Também deverão estar contemplados:

- a capacitação técnica das equipes;