



CÓD: OP-029JL-23
7908403538133

PARAÍSO DO TOCANTINS-TO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍSO DO TOCANTINS -
TOCANTINS**

Agente Comunitário de Saúde

EDITAL 001/2023

Língua Nacional

1. Compreensão e interpretação de textos de diferentes gêneros.....	5
2. Tipologia textual.	12
3. Sentido próprio (denotação) e figurado (conotação). Homônimos e parônimos	15
4. Figuras de linguagem.	15
5. Sílabas e tonicidade. Encontros vocálicos e encontros consonantais (ditongos, tritongos e dígrafos).....	17
6. Acentuação gráfica, emprego do hífen e outras normas e convenções ortográficas.....	18
7. Vozes verbais: ativa e passiva	26
8. Concordância verbal e nominal	27
9. Regência verbal e nominal.....	29
10. Crase	30
11. Termos da oração e análise sintática de períodos simples. Funções sintáticas dos substantivos, dos adjetivos e dos pronomes	30
12. Reestruturação de frases	32
13. Pontuação	34

Noções de Informática

1. Acesso à Internet, navegadores, motores de busca, medidas de segurança.....	43
2. Windows: Ligar, desligar, modo de espera, bloqueio, opções e modos de inicialização e operação; Área de trabalho, barra de ferramentas e Explorador de arquivos; Criar pastas, mover arquivos e deletá-los; Ferramentas de manutenção, configuração e personalização do Windows	52
3. Microsoft Word: Criação, manipulação e edição de documentos; inserção de figuras, ícones e imagens; tabelas; mala direta; referências; índices e sumários; revisão ortográfica, PDF, ferramentas e opções do MS Word.....	60
4. Microsoft Excel: Para que serve. Criação, edição e manuseio de pastas de trabalho, planilhas e tabelas; criação, edição e personalização de gráficos, fórmulas e principais funções, tabelas e gráficos dinâmicos, Power Query.....	81
5. Microsoft Power Point: Para que serve. Criação e edição de uma apresentação com textos, gráficos, figuras. Opções e ferramentas do MS PowerPoint.....	101
6. Dispositivos removíveis, impressoras de computador, digitalização e escaneamento de documentos e imagens	118
7. e-mail.	121
8. redes sociais.....	123

Noções de Matemática

1. Operações com números reais (incluindo radiciação e potenciação).....	129
2. Divisão proporcional (razão e proporção);.....	138
3. Regra de três simples ou composta	140
4. Porcentagem.....	141
5. Juros simples e compostos	143
6. Equações do 1º ou do 2º grau.....	145
7. Sistema de equações do 1º grau;.....	148
8. Relação entre grandezas: tabelas e gráficos;	149
9. Sistemas de medidas usuais: unidades de medidas, áreas e volume	151
10. Noções de estatística.....	153

11. Probabilidades.....	153
12. Raciocínio lógico.....	155
13. Resolução de situações-problema.....	177

Temas de Atualidade

1. Continentes, países, oceanos e população. Organizações internacionais (ONU, BRICS, CEE, OCDE, MERCOSUL, OMC, OMS, OTAN, FMI e UNASUL): importância, áreas de atuação, membros e localização. Problemas do mundo contemporâneo: ecologia, distribuição de alimentos, água potável, conflitos e refugiados. Extensão territorial, estados, divisão regional, relevo, clima, recursos naturais, hidrografia, população e economia do Brasil e Tocantins. Políticas públicas: educação, habitação, saneamento, saúde, transporte, segurança, defesa e ambiental. Tópicos relevantes e contemporâneos de áreas, tais como ecologia, distribuição de renda, tecnologia, dados estatísticos, violência, relações de gênero e étnico-raciais. Fatos políticos, econômicos, sociais e culturais nacionais e internacionais ocorridos nos últimos 12 meses, divulgados na mídia local e/ou nacional.	179
2. Fatos históricos e culturais, relevo, clima, recursos naturais, hidrografia, população e economia do município de Paraiso de Tocantins.....	179

Noções de Direito Administrativo Agente Comunitário de Saúde

1. 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).	181
2. Lei Federal nº 13.595/2018.....	203
3. Política Nacional da Atenção Básica.....	209
4. Atribuições do Agente Comunitário de Saúde.....	209
5. Visita Domiciliar.....	209
6. territorialização.....	210
7. Trabalho em Equipe.....	216
8. Saúde do Adolescente, Saúde da criança.....	222
9. Saúde Bucal.....	242
10. Saúde Mental.....	244
11. Saúde da mulher.....	258
12. Saúde do adulto.....	289
13. Saúde do idoso.....	294
14. Doenças sexualmente transmissíveis/AIDS.....	305
15. Atenção à Pessoa com Deficiência.....	309
16. Planejamento Familiar.....	313
17. Calendário de vacinas.....	315
18. Noções de Prevenção de Doenças.....	328
19. Promoção à Saúde.....	329
20. Características e prevenção da: Diarreia, Cólera, Dengue, Doença de Chagas, Esquistossomose, Raiva, Leishmaniose, COVID-19, Zika, Chicungunya.....	329

Elementos envolvidos na interpretação textual³

Toda interpretação de texto envolve alguns elementos, os quais precisam ser levados em consideração para uma interpretação completa

a) Texto: é a manifestação da linguagem. O texto⁴ é uma unidade global de comunicação que expressa uma ideia ou trata de um assunto determinado, tendo como referência a situação comunicativa concreta em que foi produzido, ou seja, o contexto. São enunciados constituídos de diferentes formas de linguagem (verbal, vocal, visual) cujo objetivo é comunicar. Todo texto se constrói numa relação entre essas linguagens, as informações, o autor e seus leitores. Ao pensarmos na linguagem verbal, ele se estrutura no encadeamento de frases que se ligam por mecanismos de coesão (relação entre as palavras e frases) e coerência (relação entre as informações). Essa relação entre as estruturas linguísticas e a organização das ideias geram a construção de diferentes sentidos. O texto constitui-se na verdade em um espaço de interação entre autores e leitores de contextos diversos.⁵ Dizemos que o texto é um todo organizado de sentido construído pela relação de sentido entre palavras e frases interligadas.

b) Contexto: é a unidade maior em que uma menor se insere. Pode ser extra ou intralinguístico. O primeiro refere-se a tudo mais que possa estar relacionado ao ato da comunicação, como época, lugar, hábitos linguísticos, grupo social, cultural ou etário dos falantes aos tempos e lugares de produção e de recepção do texto. Toda fala ou escrita ocorre em situações sociais, históricas e culturais. A consideração desses espaços de circulação do texto leva-nos a descobrir sentidos variados durante a leitura. O segundo se refere às relações estabelecidas entre palavras e ideias dentro do texto. Muitas vezes, o entendimento de uma palavra ou ideia só ocorre se considerarmos sua posição dentro da frase e do parágrafo e a relação que ela estabelece com as palavras e com as informações que a precedem ou a sucedem. Vamos a dois exemplos para entendermos esses dois contextos, muito necessários à interpretação de um texto.

Observemos o primeiro texto



<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/01/o-mundo-visto-bpor-mafaldab.html>

Na tirinha anterior, a personagem Mafalda afirma ao Felipe que há um doente na casa dela. Quando pensamos na palavra doente, já pensamos em um ser vivo com alguma enfermidade. Entretanto, ao adentrar o quarto, o leitor se depara com o globo terrestre deitado sobre a cama. A interpretação desse texto, constituído de linguagem verbal e visual, ocorre pela relação que estabelecemos entre o texto e o contexto extralinguístico. Se pensarmos nas possíveis doenças do mundo, há diversas possibilidades de sentido de acordo com o contexto relacionado, dentre as quais listamos: problemas ambientais, corrupção, problemas ditatoriais (relacionados ao contexto de produção das tiras da Mafalda), entre outros.

Observemos agora um exemplo de intralinguístico



<https://www.imagemwhats.com.br/tirinhas-do-calvin-e-haroldo-para-compartilhar-143/>

³ <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/redacao/o-que-texto.htm>

KOCH, Ingedore V. e ELIAS, Vanda M. *Ler e Compreender os Sentidos do Texto*. São Paulo: Contexto, 2006.

⁴ <https://www.enemvirtual.com.br/o-que-e-texto-e-contexto/>

⁵ PLATÃO, Fiorin, *Lições sobre o texto*. Ática 2011.

segurem certo grau de resolutividade àquele território delimitado, como suficiência na atenção básica e parte da média complexidade, para isso podem ter diferentes formatos tais como:

I) regiões intraestaduais, formadas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

II) regiões intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;

III) regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, e,

IV) regiões fronteiriças, organizadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos (BRASIL, 2006).

Dependendo da complexidade ou da estratégia de definição das regiões, pode-se identificar nos dois instrumentos normativos (NOB/96; NOAS/2002; Pacto de Gestão, 2006) sub-regiões dentro das regiões, tais como: região de saúde - base territorial de planejamento, correspondendo a um agregado de municípios; microrregiões - sub-regiões de saúde com maior homogeneidade interna, populacional e epidemiológica que demanda ações específicas; módulo assistencial – módulo territorial com resolutividade correspondente ao 1º nível de referência da atenção à saúde, podendo ser composto por um ou mais municípios; município-sede – município do módulo assistencial habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Oferece a totalidade dos serviços à população do município e a outras a ele adscritas; município-pólo - referência para outros municípios em qualquer nível da atenção; e, unidade territorial de qualificação na Assistência à Saúde – unidade mínima de planejamento regionalizada em cada unidade federada acima do módulo assistencial – região ou microrregião de saúde.

Os territórios do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Programa Saúde da Família (PSF)

Criado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde — PACS — teve como pressuposto básico a definição de “área geográfica” para a implantação do Programa, cuja prioridade seriam aquelas onde as famílias estivessem mais expostas aos riscos de adoecer e morrer, e onde as condições de vida e a situação de saúde fossem precárias.

Cada ACS se encarregaria de cadastrar um número determinado de famílias adscritas a uma “base geográfica” sob os seus cuidados — em torno de 150 famílias ou 750 pessoas —, onde os problemas deveriam ser identificados em cada “território de

trabalho”, por meio de um mapeamento de sua “área de abrangência”, ressaltando as “micro-áreas de risco”. O agente comunitário deveria pertencer à comunidade onde realiza seu trabalho, estreitando os laços entre a população e os serviços de saúde, criando uma rede informal de saúde.

O PSF foi criado junto com o PACS em 1991, iniciando suas atividades em 1994.

Dentre as suas diretrizes, algumas apontam na direção da definição de territórios, como: a “adscricção de população” — vinculada a uma unidade básica; “território de abrangência” —, entendido como a área que está sob a responsabilidade de uma equipe de saúde da família e, a “territorialização” — vista como uma ferramenta metodológica que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência.

A estratégia Saúde da Família define e é responsável por um recorte territorial, que corresponde à área de atuação das equipes de saúde da família, ou dos agentes comunitários de saúde, segundo agregados de famílias a serem atendidas (no máximo 1.000 famílias

ou 4.500 pessoas), que pode compreender um bairro, parte dele, ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em várias localidades, incluindo população esparsa em áreas rurais. A equipe mínima de uma unidade básica do PSF para cobrir essa população é composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis agentes comunitários de saúde.

Ainda que o programa focalize o atendimento na saúde das famílias, incluindo atividades de promoção de saúde, está implícita a atuação sobre os ambientes de reprodução social delas. A menor unidade espacial da base territorial do sistema de saúde é este território — a área de abrangência das famílias adscritas a cada unidade básica. Ela é pouco tratada, imprecisa em sua delimitação, e fonte para as análises epidemiológicas. Potencialmente, estes territórios têm como vantagem a possibilidade de captar dados demográficos, epidemiológicos, e de condições de vida, incluindo ambientais.

Territorialização e serviços de saúde: desafios operacionais

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (Teixeira et al, 1998).

O processo de territorialização é um dos elementos do tripé operacional da vigilância em saúde junto com as práticas e os problemas sanitários se constituindo como uma das ferramentas básicas para o planejamento estratégico situacional. O enfoque, estratégico-situacional foi proposto originalmente por Carlos Matus (Matus, 1989; Rivera, 1989) como possibilidade de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação dentro de um esquema teórico-metodológico de planificação situacional para o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde. Tem como base a teoria da produção social, onde a realidade é indivisível, e entende, que tudo que existe em sociedade é produzido pelo homem (Matus, 1993).

O Planejamento Estratégico Situacional deve ser pensado de forma contínua e ascendente como forma de ordenamento de um território definido.

A partir desse espaço delimitado o planejamento é processado e materializado por meio de informações territorializadas acerca da situação de saúde e das condições de vida da população. A territorialização permite espacializar e analisar os principais elementos e relações existentes em uma população, os quais determinam em maior ou menor escala seu gradiente de qualidade de vida.

A análise territorial implica em uma coleta sistemática de dados que vão informar sobre situações-problemas e necessidades em saúde de uma dada população de um território específico, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções. O uso da epidemiologia como ferramenta poderosa para o planejamento através da microlocalização dos problemas de saúde permite a escolha de ações mais adequadas, apontando estratégias e atores que foram identificados no processo de diagnóstico, para melhor as operacionalizarem e viabilizarem no território.

Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde em direção a essa nova prática é importante o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, pois estes materializam diferentemente as interações humanas, os problemas de saúde e as ações sustentadas na inter-

setorialidade. O território utilizado pela população pode ser assim operacionalizado, devido a concretude produzida pelas práticas humanas tanto as planejadas e inerentes às políticas governamentais de intervenção setorial, como as práticas circunscritas à vida social cotidiana.

O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado tecnicamente ao trinômio estratégico informação-decisão-ação (Teixeira et al., 1998). A fase de informação faz parte do processo de obtenção de dados primários e de sua sistematização, com objetivo principalmente descritivo. As variáveis contidas em seus instrumentos de pesquisa devem ser construídas visando à interpretação dos dados, conforme o arcabouço teórico-metodológico. As categorias escolhidas para análises descritivas e analíticas, devem explicitar com maior fidedignidade a problemática identificada, para conduzir e facilitar o processo de tomada de decisão.

Na fase onde a prática vislumbra a ação, as operações identificadas e planejadas são subsidiadas pelas fases anteriores, através da apreensão interativa por parte do profissional de saúde da própria realidade territorial. Essa é uma prática transformadora e comporta o significado do território para os agentes deste processo, tanto os profissionais de saúde como os de outros setores de ação governamental, como também para a própria população.

Muitas vezes nos diagnósticos de condições de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares, são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território analisado. Tradicionalmente algumas análises de situação são realizadas descrevendo o conteúdo do território, tratado como mero receptáculo que contém determinadas características e aspectos.

TRABALHO EM EQUIPE

Aumenta-se cada vez mais a necessidade do nível de excelência das organizações e, portanto, das pessoas que as compõem. Para tanto, faz-se necessário, cada vez mais, propiciar o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais, para dar conta dos desafios do trabalho, e para garantir resultados eficazes que mantenham as organizações saudáveis e competitivas.¹

Assim, enfatiza-se a necessidade do efetivo “Trabalho em Equipe” ao qual visa o desenvolvimento pessoal, profissional e a maximização dos resultados empresariais.

Grupo X Equipe

A equipe é mais evoluída do que um simples grupo, e por isso se trata de um grupo de trabalho cujo os membros sabem interagir de forma assertiva e produtiva, somando seus talentos individuais e lidando de forma positiva com suas diferenças, atingindo assim um alto nível de desempenho.

Não é tarefa fácil desenvolver equipes, pois isto envolve o processo de aprendizagem e além de ser é preciso também aprender para “saber ser”. No entanto toda empresa que investe neste processo colhe excelentes resultados.

Cabe então a todos, profissionais, líderes e a empresa, terem certas atitudes que são condições básicas para que o desenvolvimento de uma equipe seja efetivo.

¹ AMARAL, V.L. *Trabalho em equipe. Programa de Formação de Coordenadores do Colégio Sesi - Módulo II: Gestão de Pessoas, Trabalho em Equipe. S.D.*

O profissional deve ter predisposição para a colaboração, para a integração com os demais, para lidar com as diferenças pessoais positivamente, para estabelecer relações de confiança e para o processo de desenvolvimento contínuo.

Ao líder é necessário o desenvolvimento de sólidas competências que o façam alcançar resultados verdadeiramente produtivos junto à sua equipe. Para tanto, o líder deve gostar e saber lidar com as pessoas, assim como: conhecer, respeitar, envolver-se, motivar, ser um comunicador competente, saber estabelecer relações de confiança, ter um canal de comunicação aberto e bilateral, ouvir seus colaboradores, não fragmentar informações desnecessariamente apenas para se “manter no controle”, não estimular a competitividade, ensinar sua equipe a lidar com os erros e sempre reconhecer os acertos de seus colaboradores, enfim, cabe ao líder um alto nível de capacidade para gerenciar e liderar com o ser humano.

Para isso a liderança deve possuir uma grande dose de predisposição para aprender e para o aprendizado contínuo.

Cabe à empresa proporcionar as condições necessárias para que estas atitudes se estabeleçam e se desenvolvam. A missão, as diretrizes, a estrutura organizacional, a maneira como são organizadas as funções e a cultura da empresa são determinantes para que se crie um ambiente favorável ou desfavorável para o desenvolvimento de equipes.

Isto significa que devem ser conhecidos e compartilhados por todos, a missão, os objetivos e as metas da empresa, deve haver coerência entre o discurso e as práticas da empresa para que se estabeleça uma relação de confiança, envolvimento e comprometimento.

O desenvolvimento de equipes envolve a habilidade para lidar com o complexo sistema do comportamento humano, mas sem isto dificilmente os resultados tão desejados serão atingidos.

Uma equipe é como um sistema/organismo vivo, composta de partes interdependentes. Se uma delas estiver “doente”, ou a interação entre elas estiver com problemas, o organismo como um todo, sofre.

A liderança tem como uma de suas missões mais importantes, desenvolver na empresa o espírito de equipe. Um grupo de pessoas alinhadas em torno de um objetivo e uma visão comum. Para ser capaz de realizar essa missão, o líder tem que se esforçar para que todos se sintam e ajam como órgãos interdependentes de um todo.

A maioria dos profissionais que exercem cargos de liderança ainda tem dificuldade de identificar e definir se os profissionais trabalham em equipe, em time ou em grupo. Portanto, segue abaixo características que diferem cada um:

Grupo: conjunto de pessoas em um mesmo ambiente de trabalho, que exercem funções diferenciadas em busca resultados individuais.

Equipe: formação de pessoas com habilidades diferentes, para execução de um trabalho em conjunto em busca de um único resultado.

Time: pessoas que executam a tarefa do outro (se necessário) e todos reconhecem as diferenças entre elas e suas funções.

O trabalho em equipe não é um desafio fácil e simples, pois somos competitivos e estamos acostumados a trabalhar individualmente. Para trabalharmos em equipe, precisamos exercer o aprendizado coletivo.

me prescrição médica; preparar a paciente para qualquer procedimento (curetagem, microcesariana, e outros); prestar os cuidados após os procedimentos pós-operatórios; procurar tranquilizar a mulher; comunicar qualquer anormalidade imediatamente à equipe de saúde.

Nosso papel é orientar a mulher sobre os desdobramentos do pós-aborto, como reposição hídrica e nutricional, sono e repouso, expressão dos seus conflitos emocionais e, psicologicamente, fazê-la acreditar na capacidade de o seu corpo viver outra experiência reprodutiva com saúde, equilíbrio e bem-estar.

É fundamental a observação do sangramento vaginal, atentando para os aspectos de quantidade, cor, odor e se está acompanhado ou não de dor e alterações de temperatura corporal. As mamas precisarão de cuidados como: aplicar compressas frias e enfaixá-las, a fim de prevenir ingurgitamento mamário; não realizar a ordenha nem massagens; administrar medicação para inibir a lactação de acordo com a prescrição médica.

No momento da alta, a cliente deve ser encaminhada para acompanhamento ginecológico com o objetivo de fazer a revisão pós-aborto; identificar a dificuldade de se manter a gestação se for o caso; e receber orientações acerca da necessidade de um período de abstinência sexual e, antes de iniciar sua atividade sexual, escolher o método contraceptivo que mais se adequa à sua realidade.

Placenta Prévia (PP)

É uma intercorrência obstétrica de risco caracterizada pela implantação da placenta na parte inferior do útero. Com o desenvolvimento da gravidez, a placenta evolui para o orifício do canal de parto.

Pode ser parcial (marginal), quando a placenta cobre parte do orifício, ou total (oclusiva), quando cobre totalmente o orifício. Ambas as situações provocam risco de vida materna e fetal, em vista da hemorragia – a qual apresenta sangramento de cor vermelho vivo, indolor, constante, sem causa aparente, aparecendo a partir da 22ª semana de gravidez.

Após o diagnóstico de PP, na fase crítica, a internação é a conduta imediata com a intenção de promover uma gravidez a termo ou o mais próximo disso. A supervisão deve ser constante, sendo a gestante orientada a fazer repouso no leito com os membros discretamente elevados, evitar esforços físicos e observar os movimentos fetais e características do sangramento (quantidade e frequência). A conduta na evolução do trabalho de parto dependerá do quadro clínico de cada gestante, avaliando o bem-estar materno e fetal.

Prenhez Ectópica ou Extrauterina

Consiste numa intercorrência obstétrica de risco, caracterizada pela implantação do ovo fecundado fora do útero, como, por exemplo, nas trompas uterinas, ovários e outros.

Como sinais e sintomas, tal intercorrência apresenta forte dor no baixo ventre, podendo estar seguida de sangramento em grande quantidade.

O diagnóstico geralmente ocorre no primeiro trimestre gestacional, através de ultrassonografia. A equipe de enfermagem deverá estar atenta aos possíveis sinais de choque hipovolêmico e de infecção.

A conduta obstétrica é cirúrgica.

Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG)

A hipertensão na gravidez é uma complicação comum e potencialmente perigosa para a gestante, o feto e o próprio recém-nascido, sendo uma das causas de maior incidência de morte materna, fetal e neonatal, de baixo peso ao nascer e prematuridade. Pode apresentar-se de forma leve, moderada ou grave.

Existem vários fatores de risco associados com o aumento da DHEG, tais como: adolescência/idade acima de 35 anos, conflitos psíquicos e afetivos, desnutrição, primeira gestação, história familiar de hipertensão, diabetes mellitus, gestação múltipla e poli-drâmnia.

A DHEG aparece após a 20ª semana de gestação, como um quadro de hipertensão arterial, acompanhada ou não de edema e proteinúria (pré-eclâmpsia), podendo evoluir para convulsão e coma (DHEG grave ou eclâmpsia).

Durante uma gestação sem intercorrências, a pressão permanece normal e não há proteinúria. É comum a maioria das gestantes apresentarem edema nos membros inferiores, devido à pressão do útero grávido na veia cava inferior e ao relaxamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos, não sendo este um sinal diferencial.

Já o edema de face e de mãos é um sinal de alerta diferencial, pois não é normal, podendo estar associado à elevação da pressão arterial. Um ganho de peso de mais de 500 g por semana deve ser observado e analisado como um sinal a ser investigado.

O exame de urina, cujo resultado demonstre presença de proteína, significa diminuição da função urinária. A elevação da pressão sistólica em mais de 30 mmHg, ou da diastólica em mais de 15 mmHg, representa outro sinal que deve ser observado com atenção. A gestante o companheiro e a família devem estar convenientemente orientados quanto aos sinais e sintomas da DHEG.

Todos esses sinais são motivos de preocupação, devendo ser pesquisados e avaliados através de marcação de consultas com maior frequência, para evitar exacerbação dessa complicação em uma gravidez de baixo risco, tornando-a de alto risco – o que fará necessário o encaminhamento e acompanhamento pelo pré-natal de alto risco.

A pré-eclâmpsia leve é caracterizada por edema e/ou proteinúria, e mais hipertensão. À medida que a doença evolui e o vaso espasmo aumenta, surgem outros sinais e sintomas. O sistema nervoso central (SNC) sofre irritabilidade crescente, surgindo cefaleia occipital, tonteados, distúrbios visuais (moscas volantes). As manifestações digestivas - dor epigástrica, náuseas e vômitos - são sintomas que revelam comprometimento de outros órgãos.

Com a evolução da doença pode ocorrer a convulsão ou coma, caracterizando a DHEG grave ou eclâmpsia, uma das complicações obstétricas mais graves. Nesta, a proteinúria indica alterações renais, podendo ser acompanhada por oligúria ou mesmo anúria.

Com o vaso espasmo generalizado, o miométrio torna-se hipertônico, afetando diretamente a placenta que, dependendo da intensidade, pode desencadear seu deslocamento prematuro. Também a hipertensão materna prolongada afeta a circulação placentária, ocorrendo o rompimento de vasos e acúmulo de sangue na parede do útero, representando outra causa do deslocamento da placenta.

Um sinal expressivo do descolamento da placenta é a dor abdominal súbita e intensa, seguida por sangramento vaginal de coloração vermelha-escuro, levando a uma movimentação fetal aumentada, o que indica sofrimento fetal por diminuição de oxigênio (anoxia) e aumento excessivo das contrações uterinas que surgem como uma defesa do útero em cessar o sangramento, agravando o

estado do feto. Nesses casos, indica-se a intervenção cirúrgica de emergência – cesariana –, para maior chance de sobrevivência materna e fetal.

Os fatores de risco que dificultam a oxigenação dos tecidos e, principalmente, o tecido uterino, relacionam-se à: superdistensão uterina (gemelar, polidrâmnia, fetos grandes); aumento da tensão sobre a parede abdominal, frequentemente observado na primeira gravidez; doenças vasculares já existentes, como hipertensão crônica, neuropatia; estresse emocional, levando à tensão muscular; alimentação inadequada.

A assistência pré-natal tem como um dos objetivos detectar precocemente os sinais da doença hipertensiva, antes que evolua. A verificação do peso e pressão arterial a cada consulta servirá para a avaliação sistemática da gestante, devendo o registro ser feito no Cartão de Pré-Natal, para acompanhamento durante a gestação e parto. O exame de urina deve ser feito no primeiro e terceiro trimestre, ou sempre que houver queixas urinárias ou alterações dos níveis da pressão arterial.

A equipe de enfermagem deve orientar a gestante sobre a importância de diminuir a ingesta calórica (alimentos ricos em gordura, massa, refrigerantes e açúcar) e não abusar de comidas salgadas, bem como sobre os perigos do tabagismo, que provoca vasoconstrição, diminuindo a irrigação sanguínea para o feto, e do alcoolismo, que provoca o nascimento de fetos de baixo peso e abortamento espontâneo.

O acompanhamento pré-natal deve atentar para o aparecimento de edema de face e dos dedos, cefaleia frontal e occipital e outras alterações como irritabilidade, escotomas, hipersensibilidade a estímulos auditivos e luminosos. A mulher, o companheiro e a família devem ser orientados quanto aos sinais e sintomas da DHEG e suas implicações, observando, inclusive, a dinâmica da movimentação fetal.

A gestante deve ser orientada quanto ao repouso no leito em decúbito lateral esquerdo, para facilitar a circulação, tanto renal quanto placentária, reduzindo também o edema e a tensão arterial, bem como ser encorajada a exteriorizar suas dúvidas e medos, visando minimizar o estresse.

As condições socioeconômicas desfavoráveis, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, hábitos alimentares inadequados, entre outros, são fatores que podem vir a interferir no acompanhamento ambulatorial. Sendo específicos à cada gestante, fazem com que a eclampsia leve evolua, tornando a internação hospitalar o tratamento mais indicado.

Durante a internação hospitalar a equipe de enfermagem deve estar atenta aos agravos dos sinais e sintomas da DHEG. Portanto, deve procurar promover o bem-estar materno e fetal, bem como proporcionar à gestante um ambiente calmo e tranquilo, manter a supervisão constante e atentar para o seu nível de consciência, já que os estímulos sonoros e luminosos podem desencadear as convulsões, pela irritabilidade do SNC. Faz-se necessário, também, controlar a pressão arterial e os batimentos cardíacos (a frequência será estabelecida pelas condições da gestante), bem como pesar a gestante diariamente, manter-lhe os membros inferiores discretamente elevados, providenciar a colheita dos exames laboratoriais solicitados (sangue, urina), observar e registrar as eliminações fisiológicas, as queixas algícas, as perdas vaginais e administrar medicações prescritas, observando sua resposta.

Além disso, deve-se estar atento para possíveis episódios de crises convulsivas, empregando medidas de segurança tais como manter as grades laterais do leito elevadas (se possível, acolchoadas), colocar a cabeceira elevada a 30° e a gestante em decúbito lateral esquerdo (ou lateralizar sua cabeça, para eliminação das secreções); manter próximo à gestante uma cânula de borracha (Guedel), para colocar entre os dentes, protegendo-lhe a língua de um eventual traumatismo. Ressalte-se que os equipamentos e medicações de emergência devem estar prontos para uso imediato, na proximidade da unidade de alto risco.

Gestantes que apresentam DHEG moderada ou grave devem ser acompanhadas em serviços de obstetrícia, por profissional médico, durante todo o período de internação. Os cuidados básicos incluem: observação de sinais de petequias, equimoses e/ou sangramentos espontâneos, que indicam complicação séria causada por rompimento de vasos sanguíneos; verificação horária de pressão arterial, ou em intervalo menor, e temperatura, pulso e respiração de duas em duas horas; instalação de cateterismo vesical, visando o controle do volume urinário (diurese horária); monitoramento de balanço hídrico; manutenção de acesso venoso para hidratação e administração de terapia medicamentosa (anti-hipertensivo, anti-convulsivos, antibióticos, sedativos) e de urgência; colheita de exames laboratoriais de urgência; instalação de oxigênio terapia conforme prescrição médica, caso a gestante apresente cianose.

Com a estabilização do quadro e as convulsões controladas, deve-se preparar a gestante para a interrupção da gravidez (cesárea), pois a conduta mais eficaz para a cura da DHEG é o término da gestação, o que merece apreciação de todo o quadro clínico e condição fetal, considerando-se a participação da mulher e família nesta decisão.

É importante que a puérpera tenha uma avaliação contínua nas 48 horas após o parto, pois ainda pode apresentar risco de vida.

Sofrimento Fetal Agudo (SFA)

O sofrimento fetal agudo (SFA) indica que a saúde e a vida do feto estão sob-risco, devido à asfixia causada pela diminuição da chegada do oxigênio ao mesmo, e à eliminação do gás carbônico.

As trocas metabólicas existentes entre o sangue materno e o fetal, realizadas pela circulação placentária, são indispensáveis para manter o bem-estar do feto. Qualquer fator que, por um período provisório ou permanente de carência de oxigênio, interfira nessas trocas será causa de SFA.

O sofrimento fetal pode ser diagnosticado através de alguns sinais, como frequência cardíaca fetal acima de 160 batimentos ou abaixo de 120 por minuto, e movimentos fetais inicialmente aumentados e posteriormente diminuídos.

Durante essa fase, o auxiliar de enfermagem deve estar atento aos níveis pressóricos da gestante, bem como aos movimentos fetais. Nas condutas medicamentosas, deve atuar juntamente com a equipe de saúde.

Nos casos em que se identifique sofrimento fetal e a gestante esteja recebendo infusão venosa contendo ocitocina, tal fato deve ser imediatamente comunicado à equipe e a solução imediatamente suspensa e substituída por solução glicosada ou fisiológica pura.

A equipe responsável pela assistência deve tranquilizar a gestante, ouvindo-a e explicando - a ela e à família - as características do seu quadro e a conduta terapêutica a ser adotada, o que a ajudará a manter o controle e, conseqüentemente, cooperar. A transmissão de calma e a correta orientação amenizarão o medo e a ansiedade pela situação.

odontológico e outros procedimentos e exames, quando necessário, incluindo as Pessoas com Deficiência com baixa imunidade e alto risco no Programa de Vacinação da Gripe, inclusive assegurando o direito a manutenção e da linha de cuidado de forma programada aos pacientes que recebem alta, como forma de minorar ou evitar regressão.

75) Garantir, através de ações de atenção básica, a busca ativa de pessoas com deficiência através dos agentes da PSF para integrarem aos programas e serviços de saúde.

76) Garantir, através de ações de atenção básica, o acolhimento, a orientação e a sensibilização das famílias acerca das necessidades e potencialidades de pessoas com deficiência e o fortalecimento de ações prevenção, promoção e monitoramento em saúde.

77) Reformular a Ficha “A” do SIAB (Sistema de Informação e Atenção Básica) e os demais formulários utilizados na atenção a saúde, com fins de identificação das deficiências.

78) Implementar o atendimento humanizado, por meio de ações preventivas a todas as gestantes (e acompanhamento pós-parto), para diabéticos, hipertensos, soro positivos, pessoas com deficiência e albinismo.

79) Garantir o atendimento especializado para crianças diagnosticadas precocemente, bem como acompanhamento pela equipe da rede básica de saúde.

80) Desburocratizar e dar celeridade aos processos e projetos destinados à melhoria da saúde das pessoas com deficiência.

81) Incluir no calendário vacinal a vacina de meningite bacteriana visando à prevenção da deficiência auditiva. Estabelecer ações preventivas (hipertensão, diabetes, etc.), divulgação de protocolos de acesso aos serviços, garantia de informação e a publicação destes (artigo 25, item B; artigos 10 e 26 item 1-A, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência), implementando cursos de “cuidadores de pessoas com deficiência”, com regulamentação da profissão.

82) Garantir e efetivar o acesso, em tempo hábil a suplementos alimentares, espessantes, órteses e próteses, meios auxiliares de locomoção e outros dispositivos de tecnologia assistiva, alocando recursos financeiros específicos nas três esferas governamentais, oferecendo a dispensação, o treino e adaptação para o uso eficiente dos dispositivos, além da manutenção e substituição, quando necessário, de acordo com as necessidades específicas da pessoa com deficiência, visando seu uso no domicílio, na comunidade, na escola e no trabalho.

83) Garantir o direito à segurança alimentar e nutricional à pessoa com deficiência, à alimentação adequada, direito fundamental do ser humano, reconhecido pela constituição federal.

84) Implantar e fortalecer as diretrizes de atendimento entre os serviços de saúde e entidades credenciadas para avaliação clínica e periódica de pessoas com deficiência, autistas e suas famílias de forma integral.

85) Promover ações que garantam que o eixo da saúde proposto pelo plano nacional viver sem limites seja cumprido dentro do prazo estabelecido, a fim de fortalecer a rede de cuidados à pessoa com deficiência.

86) Garantir linha de cuidado às pessoas com deficiência e autistas nos três níveis de complexidade da atenção à saúde (atenção básica, ambulatorial especializada e hospitalar), e garantir o direito a internação com isolamento em caso de imunidade baixa.

87) Aderir ao “plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência Plano Viver sem Limite” nos estados e municípios.

88) Resgatar o cofinanciamento em todos os níveis de complexidade da atenção a saúde (atenção básica, especializada e hospitalar).

89) Estabelecer a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) nos municípios, para avaliação dos usuários com esta metodologia, especificamente no caso da deficiência intelectual, deverá ser definido e utilizado o protocolo específico para o diagnóstico.

90) Implantar e garantir um Centro de Diagnóstico acessível especializado em Doenças Raras e Genéticas à pessoa com deficiência, por Estado, garantindo que a coleta e transporte do material sejam feitas no município do usuário, sempre que possível e, quando não possível, que seja oferecido pelo Governo Municipal o transporte adequado à patologia.

91) Adequar o número de profissionais nas equipes de saúde em consonância com a demanda no atendimento da pessoa com deficiência e autismo na rede pública.

Fonte: www.pessoacomdeficiencia.gov.br

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Conforme a lei federal 9.263/96, o planejamento familiar é direito de todo o cidadão e se caracteriza pelo conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. Em outras palavras, planejamento familiar é dar à família o direito de ter quantos filhos quiser, no momento que lhe for mais conveniente, com toda a assistência necessária para garantir isso integralmente.

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, devem ser oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantindo a liberdade de opção.

As áreas englobadas por ações preventivas e educativas, com garantia de acesso às informações, meios, métodos e técnicas disponíveis incluem o auxílio à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis e controle e prevenção do câncer de colo do útero, de mama e de pênis.

A lei de planejamento familiar também estabelece as regras de esterilização cirúrgica. Somente podem submeter-se a ela homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; Ela também pode ser realizada quando uma nova gravidez pode trazer risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito.

Não pode ser realizada durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por sucessivas cesarianas anteriores. As únicas formas aprovadas para esterilização são a laqueadura tubária e a vasectomia, não sendo permitida sua realização pela retirada do útero ou dos ovários.

É importante lembrar que a esterilização cirúrgica é um método irreversível, mas que também pode apresentar falhas. A pessoa que realiza esse procedimento deve estar ciente desses termos e

manifestar sua vontade por escrito após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

Fonte: Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/o-que-e-planejamento-familiar/#:~:text=Conforme%20a%20lei%20federal%209.263,pelo%20homem%20ou%20pelo%20casal>. Acesso em: 26.jun.2023.

LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996.

Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**CAPÍTULO I
DO PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no caput, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras:

- I - a assistência à concepção e contracepção;
- II - o atendimento pré-natal;
- III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;
- IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis. (Redação dada pela Lei nº 13.045, de 2014)

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º - É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º - É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

§ 1º A prescrição a que se refere o caput só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia. (Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência

§ 2º A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias. (Incluído pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: (Artigo vetado e mantido pelo Congresso Nacional - Mensagem nº 928, de 19.8.1997)

I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce; (Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas. (Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.