



CÓD: OP-046JL-23
7908403538669

FSNH-RS

**FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO – RIO
GRANDE DO SUL**

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 1 – FSNH-CARGOS GERAIS, DE 29 DE MAIO DE 2023

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos de gêneros variados.	7
2. Reconhecimento de tipos e gêneros textuais.	15
3. Domínio da ortografia oficial.	17
4. Domínio dos mecanismos de coesão textual. Emprego de elementos de referenciação, substituição e repetição, de conectores e de outros elementos de sequenciação textual.	18
5. Emprego de tempos e modos verbais. Domínio da estrutura morfosintática do período. Emprego das classes de palavras.	19
6. Relações de coordenação entre orações e entre termos da oração. Relações de subordinação entre orações e entre termos da oração.	25
7. Emprego dos sinais de pontuação	28
8. Concordância verbal e nominal.	29
9. Regência verbal e nominal.	31
10. Emprego do sinal indicativo de crase	32
11. Colocação dos pronomes átonos.	32
12. Reescrita de frases e parágrafos do texto.	32
13. Significação das palavras. Substituição de palavras ou de trechos de texto.	33
14. Reorganização da estrutura de orações e de períodos do texto.	36
15. Reescrita de textos de diferentes gêneros e níveis de formalidade.	36
16. Figuras de linguagem.	36

Noções de Informática

1. Conceitos básicos e modos de utilização de tecnologias, ferramentas, aplicativos e procedimentos de informática: tipos de computador, conceitos de hardware e de software, instalação de periféricos.	47
2. Edição de textos, planilhas e apresentações (ambiente Microsoft Office, versões 2010, 2013 e 365).	48
3. Noções de sistema operacional (ambiente Windows, versões 7, 8 e 10).	54
4. Redes de computadores: conceitos básicos, ferramentas, aplicativos e procedimentos de Internet e intranet.	63
5. Programas de navegação: Mozilla Firefox e Google Chrome.	63
6. Programa de correio eletrônico: MS Outlook.	65
7. Sítios de busca e pesquisa na Internet.	68
8. Conceitos de organização e de gerenciamento de informações, arquivos, pastas e programas.	69
9. Segurança da informação: procedimentos de segurança.	71
10. Noções de vírus, worms e pragas virtuais.	72
11. Aplicativos para segurança (antivírus, firewall, antispyware etc.).	72
12. Procedimentos de backup.	72

Atualidades

1. Tópicos atuais e relevantes de diversas áreas, tais como segurança, transportes, política, economia, sociedade, educação, saúde, cultura, tecnologia, energia, relações internacionais, desenvolvimento sustentável e ecologia.	77
---	----

Conhecimentos Específicos - Gerais

1. Evolução das políticas de saúde no Brasil.	79
2. Sistema Único de Saúde (SUS). Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Princípios, diretrizes, estrutura e organização. Estrutura e funcionamento das instituições e suas relações com os serviços de saúde.	102
3. Níveis progressivos de assistência à saúde.	110
4. Direitos dos usuários do SUS.	110
5. Participação e controle social.	117
6. Ações e programas do SUS.	119
7. Legislação básica do SUS.	120
8. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças.	123
9. Vigilância em saúde.	131
10. Indicadores de nível de saúde da população.	137
11. Doenças de notificação compulsória.	140
12. Participação popular e controle social.	149
13. A organização social e comunitária.	149
14. O Pacto pela saúde.	151
15. Sistema de informação em saúde.	188
16. Processo de educação permanente em saúde.	195
17. Noções de planejamento em saúde e diagnóstico situacional.	196
18. Estratégias de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.	197
19. Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde.	198
20. Constituição Federal, artigos de 194 a 200.	201
21. Lei nº 8.080/1990.	204
22. Lei nº 8.142/1990.	213
23. Decreto Presidencial nº 7.508/2011.	215
24. Determinantes sociais da saúde.	219

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Anotações e registros de enfermagem.	223
2. Técnicas básicas de enfermagem: sinais vitais.	238
3. Termoterapia, crioterapia.	246
4. Sondagens.	246
5. Aspirações, nebulização.	249
6. Lavagem gastrointestinal.	249
7. Banho no leito.	252
8. Peso – mensuração.	253
9. Administração e aplicações de medicamentos (vias e técnicas), medicação parenteral, venóclise.	254
10. Curativos.	264
11. Posição para exames.	266

ÍNDICE

12. Alimentação e coleta de material para exames	270
13. Hematologia: técnicas de coleta.	290
14. Assistência ventilatória: drenagem postural, nebulização, oxigenoterapia, aspiração de secreções.	281
15. Assistência de enfermagem em unidade cirúrgica: pré, trans e pós-operatório	296
16. Assepsia, anti-sepsia métodos e técnicas. Princípios básicos quanto à limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos. Biossegurança e controle de infecção hospitalar.	304
17. Programa Nacional de Imunização.	311
18. Assistência em enfermagem a mulher; recém-nascido, criança, adolescente e adulto. Aleitamento materno, pré-natal, planejamento familiar e aborto legal.....	324
19. Assistência em enfermagem às doenças infectoparasitárias e doenças sexualmente transmissíveis/infecção pelo HIV.	375
20. Assistência em enfermagem ao paciente com doenças crônicas não transmissíveis	396
21. Doenças neoplásicas.	402
22. Assistência em enfermagem na saúde mental.	404
23. Cuidados paliativos.	416
24. Assistência em enfermagem à pessoa com deficiência.	418
25. Assistência em enfermagem às pessoas em situação de risco e violência.	420
26. Assistência enfermagem ao idoso.....	439
27. Urgências e emergências. Atendimento pré-hospitalar e atendimento ao politraumatizado. Transporte do paciente de risco.	450
28. Segurança do Paciente.....	499
29. Educação em saúde.	504

LÍNGUA PORTUGUESA

COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS DE GÊNEROS VARIADOS

COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

Cada vez mais, é comprovada a dificuldade dos estudantes, de qualquer idade, e para qualquer finalidade em compreender o que se pede em textos, e também os enunciados. Qual a importância em se entender um texto?

Para a efetiva compreensão precisa-se, primeiramente, entender o que um texto não é, conforme diz Platão e Fiorin:

“Não é amontoando os ingredientes que se prepara uma receita; assim também não é superpondo frases que se constrói um texto”.¹

Ou seja, ele não é um aglomerado de frases, ele tem um começo, meio, fim, uma mensagem a transmitir, tem coerência, e cada frase faz parte de um todo. Na verdade, o texto pode ser a questão em si, a leitura que fazemos antes de resolver o exercício. E como é possível cometer um erro numa simples leitura de enunciado? Mais fácil de acontecer do que se imagina. Se na hora da leitura, deixamos de prestar atenção numa só palavra, como um “não”, já alteramos a interpretação e podemos perder algum dos sentidos ali presentes. Veja a diferença:

Qual opção abaixo não pertence ao grupo?

Qual opção abaixo pertence ao grupo?

Isso já muda totalmente a questão, e se o leitor está desatento, vai marcar a primeira opção que encontrar correta. Pode parecer exagero pelo exemplo dado, mas tenha certeza que isso acontece mais do que imaginamos, ainda mais na pressão da prova, tempo curto e muitas questões.

Partindo desse princípio, se podemos errar num simples enunciado, que é um texto curto, imagine os erros que podemos cometer ao ler um texto maior, sem prestar a devida atenção aos detalhes. É por isso que é preciso melhorar a capacidade de leitura, compreensão e interpretação.

Apreender X Compreensão X Interpretação²

Há vários níveis na leitura e no entendimento de um texto. O processo completo de interpretação de texto envolve todos esses níveis.

Apreensão

Captação das relações que cada parte mantém com as outras no interior do texto. No entanto, ela não é suficiente para entender o sentido integral.

¹ PLATÃO, Fiorin, *Lições sobre o texto*. Ática 2011.

² LEFFA, Vilson. *Interpretar não é compreender: um estudo preliminar sobre a interpretação de texto*.

Uma pessoa que conhece todas as palavras do texto, mas não compreende o universo dos discursos, as relações extratextuais desse texto, não entende o significado do mesmo. Por isso, é preciso colocá-lo dentro do universo discursivo a que ele pertence e no interior do qual ganha sentido.

Compreensão

Alguns teóricos chamam o universo discursivo de “conhecimento de mundo”, mas chamaremos essa operação de compreensão.

A palavra compreender vem da união de duas palavras grega: cum que significa ‘junto’ e prehendere que significa ‘pegar’. Dessa forma, a compreensão envolve além da decodificação das estruturas linguísticas e das partes do texto presentes na apreensão, mas uma junção disso com todo o conhecimento de mundo que você já possui. Ela envolve entender os significados das palavras juntamente com todo o contexto de discursos e conhecimentos em torno do leitor e do próprio texto. Dessa maneira a compreensão envolve uma série de etapas:

1. Decodificação do código linguístico: conhecer a língua em que o texto foi escrito para decodificar os significados das palavras ali empregadas.

2. A montagem das partes do texto: relacionar as palavras, frases e parágrafos dentro do texto, compreendendo as ideias construídas dentro do texto

3. Recuperação do saber do leitor: aliar as informações obtidas na leitura do texto com os conhecimentos que ele já possui, procurando em sua memória os saberes que ele tem relacionados ao que é lido.

4. Planejamento da leitura: estabelecer qual seu objetivo ao ler o texto. Quais informações são relevantes dentro do texto para o leitor naquele momento? Quais são as informações ele precisa para responder uma determinada questão? Para isso utilizamos várias técnicas de leitura como o escaneamento geral das informações contidas no texto e a localização das informações procuradas.

E assim teremos:

Apreensão + Compreensão = Entendimento do texto

Interpretação

Envolve uma dissecação do texto, na qual o leitor além de compreender e relacionar os possíveis sentidos presentes ali, posiciona-se em relação a eles. O processo interpretativo envolve uma espécie de conversa entre o leitor e o texto, na qual o leitor identifica e questiona a intenção do autor do texto, deduz sentidos e realiza conclusões, formando opiniões.

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.

Nessa tirinha anterior, podemos observar que, no segundo quadrinho, a frase “eu acho que você vai” só pode ser compreendida se levarmos em consideração o contexto intralinguístico. Ao considerarmos o primeiro quadrinho, conseguimos entender a mensagem completa do verbo “ir”, já que obtemos a informação que ele não vai ou vai à escola

c) Intertexto/Intertextualidade: ocorre quando percebemos a presença de marcas de outro(s) texto(s) dentro daquele que estamos lendo. Observemos o exemplo a seguir



<https://priscilapantaleao.wordpress.com/2013/06/26/tipos-de-intertextualidade/>

Na capa do gibi anterior, vemos a Magali na atuação em uma peça de teatro. Ao pronunciar a frase “comer ou não comer”, pela estrutura da frase e pelos elementos visuais que remetem ao teatro e pelas roupas, percebemos marca do texto de Shakespeare, cuja frase seria “ser ou não”. Esse é um bom exemplo de intertexto.

Conhecimentos necessários à interpretação de texto⁶

Na leitura de um texto são mobilizados muitos conhecimentos para uma ampla compreensão. São eles:

Conhecimento enciclopédico: conhecimento de mundo; conhecimento prévio que o leitor possui a partir das vivências e leituras realizadas ao longo de suas trajetórias. Esses conhecimentos são essenciais à interpretação da variedade de sentidos possíveis em um texto.

O conceito de conhecimento Prévio⁷ refere-se a uma informação guardada em nossa mente e que pode ser acionada quando for preciso. Em nosso cérebro, as informações não possuem locais exatos onde serão armazenadas, como gavetas. As memórias são

complexas e as informações podem ser recuperadas ou reconstruí-

⁶ KOCH, Ingedore V. e ELIAS, Vanda M. *Ler e Compreender os Sentidos do Texto*. São Paulo: Contexto, 2006.

⁷ <https://bit.ly/2P415JM>.

das com menor ou maior facilidade. Nossos conhecimentos não são estáticos, pois o cérebro está captando novas informações a cada momento, assim como há informações que se perdem. Um conhecimento muito utilizado será sempre recuperado mais facilmente, assim como um pouco usado precisará de um grande esforço para ser recuperado. Existem alguns tipos de conhecimento prévio: o intuitivo, o científico, o linguístico, o enciclopédico, o procedimental, entre outros. No decorrer de uma leitura, por exemplo, o conhecimento prévio é criado e utilizado. Por exemplo, um livro científico que explica um conceito e depois fala sobre a utilização desse conceito. É preciso ter o conhecimento prévio sobre o conceito para se aprofundar no tema, ou seja, é algo gradativo. Em leitura, o conhecimento prévio são informações que a pessoa que está lendo necessita possuir para ler o texto e compreendê-lo sem grandes dificuldades. Isso é muito importante para a criação de inferências, ou seja, a construção de informações que não são apresentadas no texto de forma explícita e para a pessoa que lê conectar partes do texto construindo sua coerência.

Conhecimento linguístico: conhecimento da linguagem; Capacidade de decodificar o código linguístico utilizado; Saber acerca do funcionamento do sistema linguístico utilizado (verbal, visual, vocal).

Conhecimento genérico: saber relacionado ao gênero textual utilizado. Para compreender um texto é importante conhecer a estrutura e funcionamento do gênero em que ele foi escrito, especialmente a função social em que esse gênero é usualmente empregado.

Conhecimento interacional: relacionado à situação de produção e circulação do texto. Muitas vezes, para entender os sentidos presente no texto, é importante nos atentarmos para os diversos participantes da interação social (autor, leitor, texto e contexto de produção).

Diferentes Fases de Leitura⁸

Um texto se constitui de diferentes camadas. Há as mais superficiais, relacionadas à organização das estruturas linguísticas, e as mais profundas, relacionadas à organização das informações e das ideias contidas no texto. Além disso, existem aqueles sentidos que não estão imediatamente acessíveis ao leitor, mas requerem uma ativação de outros saberes ou relações com outros textos.

Para um entendimento amplo e profundo do texto é necessário passar por todas essas camadas. Por esse motivo, dizemos que há diferentes fases da leitura de um texto.

Leitura de reconhecimento ou pré-leitura: classificada como leitura prévia ou de contato. É a primeira fase de leitura de um texto, na qual você faz um reconhecimento do “território” do texto. Nesse momento identificamos os elementos que compõem o enunciado. Observamos o título, subtítulos, ilustrações, gráficos. É nessa fase que entramos em contato pela primeira vez com o assunto, com as opiniões e com as informações discutidas no texto.

⁸ CAVALCANTE FILHO, U. *ESTRATÉGIAS DE LEITURA, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS NA UNIVERSIDADE: DA DECODIFICAÇÃO À LEITURA CRÍTICA*. In: *ANAIIS DO XV CONGRESSO NACIONAL DE LINGÜÍSTICA E FILOLOGIA*

NOÇÕES DE INFORMÁTICA

CONCEITOS BÁSICOS E MODOS DE UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS, FERRAMENTAS, APLICATIVOS E PROCEDIMENTOS DE INFORMÁTICA: TIPOS DE COMPUTADOR, CONCEITOS DE HARDWARE E DE SOFTWARE, INSTALAÇÃO DE PERIFÉRICOS.

Hardware

Hardware refere-se a parte física do computador, isto é, são os dispositivos eletrônicos que necessitamos para usarmos o computador. Exemplos de hardware são: CPU, teclado, mouse, disco rígido, monitor, scanner, etc.

Software

Software, na verdade, são os programas usados para fazer tarefas e para fazer o hardware funcionar. As instruções de software são programadas em uma linguagem de computador, traduzidas em linguagem de máquina e executadas por computador.

O software pode ser categorizado em dois tipos:

- Software de sistema operacional
- Software de aplicativos em geral

• Software de sistema operacional

O software de sistema é o responsável pelo funcionamento do computador, é a plataforma de execução do usuário. Exemplos de software do sistema incluem sistemas operacionais como Windows, Linux, Unix, Solaris etc.

• Software de aplicação

O software de aplicação é aquele utilizado pelos usuários para execução de tarefas específicas. Exemplos de software de aplicativos incluem Microsoft Word, Excel, PowerPoint, Access, etc.

Para não esquecer:

HARDWARE	É a parte física do computador
SOFTWARE	São os programas no computador (de funcionamento e tarefas)

Periféricos

Periféricos são os dispositivos externos para serem utilizados no computador, ou mesmo para aprimorá-lo nas suas funcionalidades. Os dispositivos podem ser essenciais, como o teclado, ou aqueles que podem melhorar a experiência do usuário e até mesmo melhorar o desempenho do computador, tais como design, qualidade de som, alto falantes, etc.

Tipos:

PERIFÉRICOS DE ENTRADA	Utilizados para a entrada de dados;
PERIFÉRICOS DE SAÍDA	Utilizados para saída/visualização de dados

• Periféricos de entrada mais comuns.

- O teclado é o dispositivo de entrada mais popular e é um item essencial. Hoje em dia temos vários tipos de teclados ergonômicos para ajudar na digitação e evitar problemas de saúde muscular;
- Na mesma categoria temos o scanner, que digitaliza dados para uso no computador;
- O mouse também é um dispositivo importante, pois com ele podemos apontar para um item desejado, facilitando o uso do computador.

• Periféricos de saída populares mais comuns

- Monitores, que mostra dados e informações ao usuário;
- Impressoras, que permite a impressão de dados para material físico;
- Alto-falantes, que permitem a saída de áudio do computador;
- Fones de ouvido.

Sistema Operacional

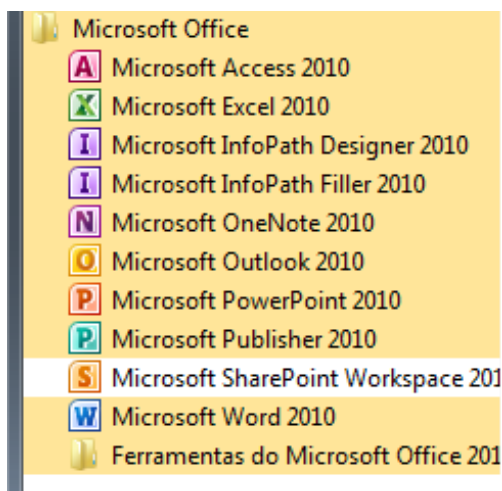
O software de sistema operacional é o responsável pelo funcionamento do computador. É a plataforma de execução do usuário. Exemplos de software do sistema incluem sistemas operacionais como Windows, Linux, Unix, Solaris etc.

• Aplicativos e Ferramentas

São softwares utilizados pelos usuários para execução de tarefas específicas. Exemplos: Microsoft Word, Excel, PowerPoint, Access, além de ferramentas construídas para fins específicos.

EDIÇÃO DE TEXTOS, PLANILHAS E APRESENTAÇÕES (AMBIENTE MICROSOFT OFFICE, VERSÕES 2010, 2013 E 365).

Microsoft Office



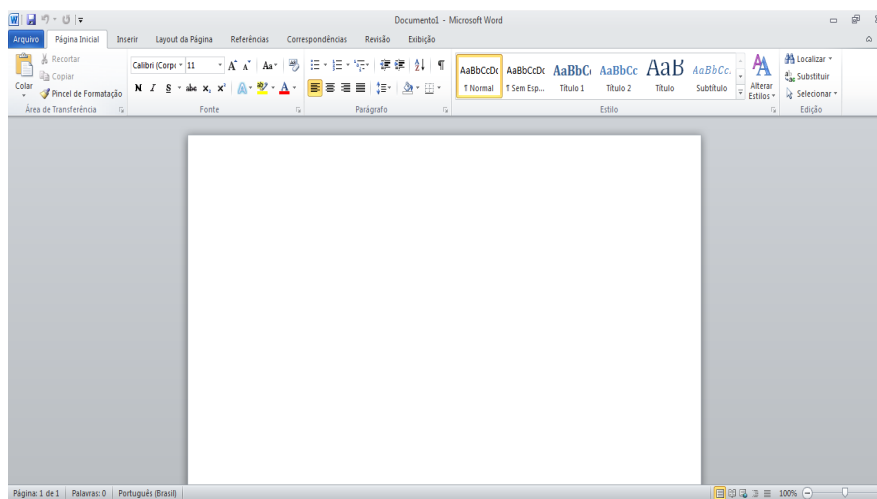
O Microsoft Office é um conjunto de aplicativos essenciais para uso pessoal e comercial, ele conta com diversas ferramentas, mas em geral são utilizadas e cobradas em provas o Editor de Textos – Word, o Editor de Planilhas – Excel, e o Editor de Apresentações – PowerPoint. A seguir verificamos sua utilização mais comum:

Word

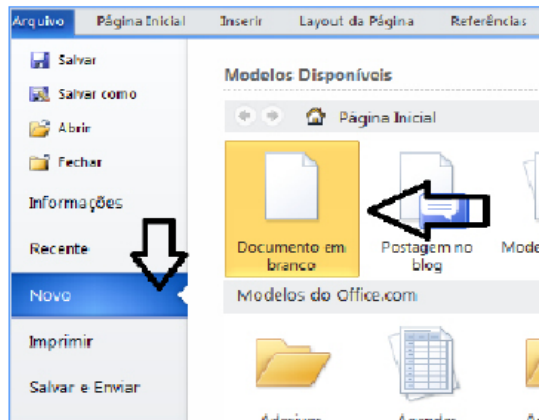
O Word é um editor de textos amplamente utilizado. Com ele podemos redigir cartas, comunicações, livros, apostilas, etc. Vamos então apresentar suas principais funcionalidades.

• Área de trabalho do Word

Nesta área podemos digitar nosso texto e formatá-lo de acordo com a necessidade.



• Iniciando um novo documento



A partir deste botão retornamos para a área de trabalho do Word, onde podemos digitar nossos textos e aplicar as formatações desejadas.

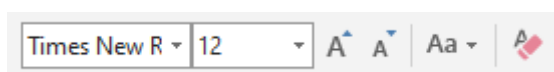
• Alinhamentos

Ao digitar um texto, frequentemente temos que alinhá-lo para atender às necessidades. Na tabela a seguir, verificamos os alinhamentos automáticos disponíveis na plataforma do Word.

GUIA PÁGINA INICIAL	ALINHAMENTO	TECLA DE ATALHO
	Justificar (arruma a direito e a esquerda de acordo com a margem)	Ctrl + J
	Alinhamento à direita	Ctrl + G
	Centralizar o texto	Ctrl + E
	Alinhamento à esquerda	Ctrl + Q

• Formatação de letras (Tipos e Tamanho)

Presente em Fonte, na área de ferramentas no topo da área de trabalho, é neste menu que podemos formatar os aspectos básicos de nosso texto. Bem como: tipo de fonte, tamanho (ou pontuação), se será maiúscula ou minúscula e outros itens nos recursos automáticos.



GUIA PÁGINA INICIAL	FUNÇÃO
	Tipo de letra
	Tamanho
	Aumenta / diminui tamanho
	Recursos automáticos de caixa-altas e baixas
	Limpa a formatação

[[

TÓPICOS ATUAIS E RELEVANTES DE DIVERSAS ÁREAS, TAIS COMO SEGURANÇA, TRANSPORTES, POLÍTICA, ECONOMIA, SOCIEDADE, EDUCAÇÃO, SAÚDE, CULTURA, TECNOLOGIA, ENERGIA, RELAÇÕES INTERNACIONAIS, DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E ECOLOGIA

A importância do estudo de atualidades

Dentre todas as disciplinas com as quais concurseiros e estudantes de todo o país se preocupam, a de atualidades tem se tornado cada vez mais relevante. Quando pensamos em matemática, língua portuguesa, biologia, entre outras disciplinas, inevitavelmente as colocamos em um patamar mais elevado que outras que nos parecem menos importantes, pois de algum modo nos é ensinado a hierarquizar a relevância de certos conhecimentos desde os tempos de escola.

No, entanto, atualidades é o único tema que insere o indivíduo no estudo do momento presente, seus acontecimentos, eventos e transformações. O conhecimento do mundo em que se vive de modo algum deve ser visto como irrelevante no estudo para concursos, pois permite que o indivíduo vá além do conhecimento técnico e explore novas perspectivas quanto à conhecimento de mundo.

Em sua grande maioria, as questões de atualidades em concursos são sobre fatos e acontecimentos de interesse público, mas podem também apresentar conhecimentos específicos do meio político, social ou econômico, sejam eles sobre música, arte, política, economia, figuras públicas, leis etc. Seja qual for a área, as questões de atualidades auxiliam as bancas a peneirarem os candidatos e selecionarem os melhores preparados não apenas de modo técnico.

Sendo assim, estudar atualidades é o ato de se manter constantemente informado. Os temas de atualidades em concursos são sempre relevantes. É certo que nem todas as notícias que você vê na televisão ou ouve no rádio aparecem nas questões, manter-se informado, porém, sobre as principais notícias de relevância nacional e internacional em pauta é o caminho, pois são debates de extrema recorrência na mídia.

O grande desafio, nos tempos atuais, é separar o joio do trigo. Com o grande fluxo de informações que recebemos diariamente, é preciso filtrar com sabedoria o que de fato se está consumindo. Por diversas vezes, os meios de comunicação (TV, internet, rádio etc.) adaptam o formato jornalístico ou informacional para transmitirem outros tipos de informação, como fofocas, vidas de celebridades, futebol, acontecimentos de novelas, que não devem de modo algum serem inseridos como parte do estudo de atualidades. Os interesses pessoais em assuntos deste cunho não são condenáveis de modo algum, mas são triviais quanto ao estudo.

Ainda assim, mesmo que tentemos nos manter atualizados através de revistas e telejornais, o fluxo interminável e ininterrupto de informações veiculados impede que saibamos de fato como estudar. Apostilas e livros de concursos impressos também se tornam rapidamente desatualizados e obsoletos, pois atualidades é uma

disciplina que se renova a cada instante.

O mundo da informação está cada vez mais virtual e tecnológico, as sociedades se informam pela internet e as compartilham em velocidades incalculáveis. Pensando nisso, a editora prepara mensalmente o material de atualidades de mais diversos campos do conhecimento (tecnologia, Brasil, política, ética, meio ambiente, jurisdição etc.) na “Área do Cliente”.

Lá, o concursseiro encontrará um material completo de aula preparado com muito carinho para seu melhor aproveitamento. Com o material disponibilizado online, você poderá conferir e checar os fatos e fontes de imediato através dos veículos de comunicação virtuais, tornando a ponte entre o estudo desta disciplina tão fluida e a veracidade das informações um caminho certo.

ANOTAÇÕES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - GERAIS

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Evolução Histórica da Saúde Pública e das políticas de saúde no Brasil

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos, e tais mudanças historicamente têm sido pelo menos aparentemente para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais. Somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas para os portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realeza. Em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas débeis de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuía às províncias quaisquer decisões sobre tais questões.

Somente com a Proclamação da República, em 1889, é que as práticas de saúde em nível nacional tiveram início. Oswaldo Cruz e Carlos Chagas que estiveram à frente da Diretoria Geral de Saúde pública (DGSP), implementaram um modelo sanitarista visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando-se responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia no país, respectivamente.

O Estado brasileiro teve sua primeira intervenção em 1923, com a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que asseguravam aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) passando a abranger uma quantidade maior de trabalhadores(3). Conforme refere Figueiredo; Tonini (2007), ao extinguir os IAPs, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi implantado, atendendo, também, trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e trabalhadores com carteira assinada através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Somente no final da década de 80 deixou de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.

Na década de 70 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária que tinha como objetivo conquistar a democracia para mudar o sistema de saúde. O conceito saúde – doença bem como o processo de trabalho e a determinação social da doença foram rediscutidos(4). No final da década de 80 o quadro social e político no país era diferente, onde o movimento de redemocratização expandia-se pelos estados brasileiros e a oposição ganhava força no Congresso Nacional. Dentro desse contexto ocorria, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tinha como presidente Sérgio Arouca e que, pela primeira vez, foi verdadeiramente popular refletindo o momento pelo qual o país passava. O grande marco da VIII Conferência Nacional de Saúde foi a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente tornou-se Sistema Único de Saúde (SUS) além de ter consolidado as ideias da Reforma Sanitária.

A saúde ganhou espaço a partir de então com a Constituição Federal de 1988 (CF\88) que criou o SUS rompendo, dessa forma, com o antigo modelo de saúde que era dominado pelo sistema previdenciário. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes estabelecidos foram: descentralização, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização.

O SUS foi regulamentado em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei Nº 8.080 e a Lei Nº 8.142 onde se deu destaque para a construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal. A primeira LOS regulamenta o SUS em todo o país definindo seus princípios e diretrizes, que contemplam a universalidade, a integralidade da assistência, equidade, descentralização e a participação da comunidade. Estabelece condições para o fortalecimento do gerenciamento e sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde. A segunda regulamenta a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos através do Fundo Nacional de Saúde, que faria o repasse de forma regular e automática para cada esfera.

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram instituídas para nortear a operacionalização do sistema, sendo a mais importante a NOB\SUS 01-96, pois a partir dela o município tornou-se o principal responsável por atender às necessidades do cidadão com requisitos de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, onde o Município passou a ser responsável, dentre outras, pela elaboração da programação municipal dos serviços básicos de saúde bem como pelos serviços de referência ambulatorial especializada e hospitalar; executar ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, de média e alta complexidade; manter os sistemas de cadastros atualizados e avaliar o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população e do meio ambiente.

A União passou a normalizar e financiar e os Municípios a executar as ações. Criou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que tinha como objetivo alocar recursos de assistência à saúde nos estados e municípios, como forma de universalizar o acesso da população a todo tipo de assistência nos três níveis de complexidade. Também foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), que alterou o financiamento das ações básicas, tornando necessário uma avaliação da aplicação dos recursos e impactos.

A NOAS – SUS 01\2001 transformou o modelo vigente de gestão em Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada (GPAB-A), ampliando o debate sobre a municipalização egionalização e instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estabeleceu as diretrizes para uma assistência regionalizada, organizada, de forma que o território estadual foi dividido em regiões e microrregiões de saúde tendo como base critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, a oferta de serviços e a acessibilidade que a população tem aos mesmos, bem como o diagnóstico dos problemas de saúde mais frequentes e das prioridades de intervenção. E o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que define as prioridades

e estabelece as estratégias no que se refere a investimentos dos recursos de modo que seja prestada assistência em todos os níveis de complexidade.

Em 2006 com o Pacto pela Saúde, foram extintas essas formas de habilitação, através da Portaria Nº 399\2006 passando a vigorar o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) que contemplava atribuições dos entes federados bem como os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos. Nas suas três dimensões, Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão do SUS, foram estabelecidas no primeiro seis prioridades representando o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, que são: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

Em 2008 a Portaria do MS Nº 325\08 criou mais cinco prioridades no Pacto pela Vida passando a totalizar onze prioridades. As cinco prioridades estabelecidas foram: Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do Homem. O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades dos entes federados para o fortalecimento da gestão em seus eixos de ação.

Já em 2011 com o Decreto Nº 7.508\2011 o TCG foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tendo como objetivo a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos com a finalidade de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde a partir da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, desempenho, recursos financeiros. Reconhece a atenção básica como porta de entrada do sistema e como eixo principal das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com o intuito de garantir a integralidade tendo como porta de entrada para tais ações a atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto e a partir destes partem as referências para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar especializado.

Por fim, o SUS representa o maior projeto de inclusão social no Brasil, proporcionando aos que antes eram excluídos pelo sistema garantia de assistência à saúde. Entretanto a despeito da mesma impenhência do projeto gigantescas dificuldades são encontradas em sua implementação relacionadas ao financiamento, regulação incipiente, precárias condições de trabalho falhas na descentralização. Necessitando de um fortalecimento no que se refere à regulação da assistência a saúde no país que apesar dos avanços obtidos com a descentralização explicita problemas como leitos insuficientes para atender a demanda da população que necessita de atendimentos, principalmente de média e alta complexidade, que em sua maioria estão sob o poder do setor privado complementar e filantrópico

Políticas de saúde no SUS

Política Nacional de Atenção Básica

Breve contextualização histórica

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, com destaque para o seu desenho no relatório Dawson de 1922, materializando- -a na figura do médico geral, no contexto de uma rede territorial de serviços nucleada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Esta formulação serviu de base para a construção do Serviço Nacional de Saúde inglês, importante referência de sistema público e universal de saúde.

A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social.

Uma importante formulação concebeu a APS a partir da ideia de atributos, destacando-se: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária, referindo-se ao grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, à capacidade resolutiva e ao poder para coordenar casos e fluxos assistenciais.

Diferentes países do mundo têm APS no seu sistema de saúde. O ideário de Alma Ata é frequentemente destacado como marco fundamental para a APS, com traduções e incorporações heterogêneas nos países, ora como APS seletiva, ora como APS ampliada, com forte influência de organismos internacionais.

APS no Brasil

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavoráveis a políticas universalistas. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do Pacs com o PSF. Inicialmente com caráter seletivo, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) tiveram crescimento marcante em cidades pequenas e em regiões mais pobres, expandindo-se com maior força para os grandes centros nos anos 2000.

A introdução dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável na década de 1990, operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, facilitou a implantação da ESF e superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos), tendo caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB-Variável (por adesão a componentes da ESF).

Com evolução progressiva ao longo dos anos, em 2017, havia 42.467 EqSF implantadas no Brasil, cobrindo uma população estimada de 131.349.487 pessoas ou 63.73%. Há evidências de impactos da APS no Brasil, com destaque para a mortalidade infantil. A APS no Brasil conta com a particularidade de ter em suas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional. Diversos estudos abordam a singularidade do ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, sobretudo em áreas mais pobres.

No Brasil, além de formulações internacionais, também têm sido agregados outras perspectivas, conceitos e diretrizes – a APS é também chamada de Atenção Básica (AB), como significante de resistência à APS seletiva. Neste artigo, tais termos serão utilizados como equivalentes. Nas formulações do Pacs e do PSF, tanto a vigilância em saúde como as práticas de promoção à saúde (incluindo a intersetorialidade) e prevenção de doenças tiveram centralidade, com pouca relevância dada às práticas clínicas, subsumidas por ações programáticas em saúde com destacada normatividade. Destacam-se no Brasil, também, as noções de acolhimento, vínculo e adscrição de clientela, territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional, as ações individuais e coletivas e a retaguarda do apoio matricial. Salientam-se as características de porta de entrada preferencial da APS, centro de comunicação e base de ordenamento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Edições da PNAB e a revisão atual

A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF.

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A despeito disso, importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos.

Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento desses nós críticos. De fato, podemos reconhecer na PNAB de 2011, no Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) expressões desse esforço. Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Suportando tais iniciativas, observou-se incremento no orçamento federal da AB, notadamente no PAB Variável e em recursos de investimento. O PMM (no seu componente provimento), por exemplo, possibilitou maior permanência dos médicos nas EqSF em áreas de maior vulnerabilização social, bem como o crescimento da cobertura da ESF, em um processo de disputa com a categoria médica e que provocou debates na sociedade,

para além do SUS e da saúde coletiva. Em 2013, havia 34.724 EqSF implantadas no Brasil, passando a 40.162 EqSF em 2015, com esta velocidade de crescimento do número de equipes provavelmente se devendo ao PMM. Essas iniciativas, no entanto, não foram suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros, em parte pelo tempo de sua implantação, em parte por seus limites.

É sabido que houve aumento da carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos e, no caso da AB, a baixa participação do ente estadual. A isso se somam reivindicações dos gestores municipais por mais autonomia, apoio financeiro e provimento de médicos, em parte, contempladas, no âmbito da AB, com as mudanças na PNAB a partir de 2011. Ainda assim, há evidências que apontam que a maior parte da responsabilidade pelo custeio das EqSF tem se concentrado nos municípios.

Os anos 2014 e 2015, por sua vez, foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com impacto sobre o SUS. No plano da AB, destaca-se também a aprovação, em 2014, da lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para os ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), recaindo mais fortemente sobre os municípios, em virtude da responsabilidade pela contratação de profissionais. Em 2016, ganha destaque na agenda nacional a revisão da PNAB, precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem, em pouco tempo revogada diante das repercussões políticas. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse cenário e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB.

O que muda com a nova PNAB

Até o processo de reformulação, a Atenção Básica (AB) era orientada pela política aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e publicada em 2012, tendo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. Para Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (ISC/UFBA), coordenadora do eixo de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde do OAPS, a principal mudança com a nova portaria está justamente na possibilidade de financiamento federal de outras modalidades de atenção básica. “É contraditório com o próprio texto da nova portaria que afirma a ‘prioridade’ para a Estratégia Saúde da Família. Prioridade significa financiamento diferenciado para garantia de equipe em tempo integral na unidade de saúde, o que facilita a construção de vínculo entre profissionais e os usuários. Isso é muito importante para médicos/as, enfermeiros/as e dentistas”, avalia.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Técnico de Enfermagem

ANOTAÇÕES E REGISTROS DE ENFERMAGEM

1. Registro de Enfermagem

A enfermagem é uma profissão fortemente dependente de informações precisas e oportunas para executar a grande variedade de intervenções envolvidas no cuidado. Dessa forma, os registros de enfermagem são elementos imprescindíveis ao processo do cuidar e, quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação entre a equipe de saúde, além de servir a diversas outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros.

Convém, ainda, citar que os registros de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando 50% das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário.

Os registros realizados no prontuário do paciente são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais, devendo, portanto, estar imbuídos de autenticidade e de significado legal. Eles refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, suas ações e a segurança do paciente.

Dessa forma, para serem consideradas autênticas e válidas as ações registradas no prontuário do paciente, deverão estar legalmente constituídas, ou seja, possuir assinatura do autor do registro (art. 368 do Código de Processo Civil – CPC) e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento, características que poderão gerar a desconsideração jurídica do documento produzido como prova documental (art. 386 do CPC). Salientamos que as declarações constantes do documento particular, escrito e assinado, presumem-se verdadeiras em relação a quem o assinou (art. 368 do CPC), fator importante na defesa profissional em processos judiciais e éticos.

2. Objetivos

Nortear os profissionais de Enfermagem para a prática dos registros de enfermagem no prontuário do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde da instituição.

3 Finalidade dos registros

3.1 Partilha de informações: estabelece uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente;

3.2 Garantia de qualidade: serve como fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada (comitê interno hospitalar);

3.3 Relatório permanente: registro escrito em ordem cronológica da enfermidade de um paciente e dos cuidados oferecidos, desde o surgimento do problema até a alta / óbito /transferência hospitalar;

3.4 Evidência legal: documento legal tanto para o paciente quanto para a equipe médica e de enfermagem (e outros), referente à assistência prestada. Cada pessoa que escreve no prontuário de um paciente é responsável pela informação ali anotada;

3.5 Ensino e pesquisa: os registros do paciente contêm um grande número de informações e podem constituir uma fonte alternativa de dados;

3.6 Auditoria: refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem por meio do prontuário do paciente.

4 Prontuário do paciente

É definido no livreto do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo como o acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência.

A palavra prontuário deriva do latim “promptuariu” que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento.

A resolução CFM 1.638/2002 define o prontuário como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

5 Aspectos legais do registro de enfermagem

Ochoa-Vigo (2001) disse que é momento de entender e assumir os registros de enfermagem no prontuário do paciente como parte integrante do processo de enfermagem, compreendendo que as informações de cuidados prestados é a forma para mostrar o trabalho, bem como para o desenvolvimento da profissão.

Como documento legal, os registros somente terão valor se forem datados e assinados e, evidentemente, se forem legíveis e não apresentarem rasuras.

Segundo Oguisso (1975), são essas recomendações que caracterizarão a autenticidade de um documento. Para a autora, a ausência dos registros, ou realizados de forma incompleta podem indicar uma má qualidade da assistência de enfermagem.

Importante frisar que resta evidenciada a responsabilidade dos profissionais de enfermagem sobre seus registros e também sobre os seus reflexos, além da já conhecida responsabilidade sobre seus atos profissionais e pelo sigilo. A responsabilidade do profissional poderá ocorrer no âmbito ético, legal, administrativo, cível e criminal.

6 Fundamentos legais das Anotações de Enfermagem

6.1 Constituição Federal

(...)

Art. 5º

X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;

6.2 Lei n. 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem

(...)

“Art. 11 o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente

(...)

c) planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

(...)

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.”

6.3 Decreto n. 94.406/87, que regulamenta a Lei n. 7.498/86

Cabe ao técnico de enfermagem:

“Art. 10 O técnico de enfermagem exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

(...)

II – executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;”

(...)

Cabe ao auxiliar de enfermagem:

“Art. 11 O auxiliar de enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

(...)

II – observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III – executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem

(...)

Art. 14 Incumbe a todo pessoal de enfermagem:

(...)

II – quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.”

6.4 Resolução Cofen n. 429/12 – Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico.

6.5 Resolução Cofen 311/07 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

(...)

Art. 68 Registrar no prontuário, e em outros documentos próprios da enfermagem, informações referentes ao processo de cuidar da pessoa.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

(...)

Art. 5º Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 12 Assegurar à pessoa, família e coletividade, assistência de enfermagem livre de riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 16 Garantir a continuidade da assistência de enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Art. 17 Prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem.

Art. 25 Registrar no Prontuário do Paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 41 Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

Art. 54 Apor o número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem em assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 71 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.

Art. 72 Registrar as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva e completa.

PROIBIÇÕES

(...)

“Art. 35 Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada

Art. 42 Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro.”

(...)

6.7 Código Civil Brasileiro

(...)

“Art. 186 Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927 Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Art. 951 O disposto nos arts. 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.”

6.8 Código Penal

“Art. 18 Diz-se o crime: (...)

II – culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.”

6.9 Lei n. 8.078/90 – Código de Defesa do Consumidor

“Art. 6º São direitos básicos do consumidor:

I – a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

(...)

VI – a efetiva prevenção e reparação de danos patrimoniais e morais, individuais, coletivos e difusos;

(...)

Art. 43 O consumidor, sem prejuízo do disposto no art. 86, terá acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele, bem como sobre as suas respectivas fontes.

§ 1º – Os cadastros e dados de consumidores devem ser objetivos, claros, verdadeiros e em linguagem de fácil compreensão, não podendo conter informações negativas referentes a período superior a cinco anos.”

6.10 Portaria MS n. 1.820/2009 – Carta dos direitos dos usuários da saúde

Art. 3º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde.

(...)

III – Acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência.

IV – Registro atualizado e legível no prontuário, das seguintes informações:

a) motivo do atendimento e/ou internação, dados de observação clínica, evolução clínica, prescrição terapêutica, avaliações da equipe:

b) dados de observação e da evolução clínica;

c) prescrição terapêutica;

d) avaliações dos profissionais da equipe;

e) procedimentos e cuidados de enfermagem;

f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológico;

g) quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

h) identificação do responsável pelas anotações;

i) outras informações que se fizerem necessárias.

7 Anotação da equipe de enfermagem

As Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem.

Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE – Resolução Cofen n. 358/2009), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.

Contribui, ainda, para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados. (CIANCARULLO et al., 2001).

7.1 Regras importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, entre as quais:

1 Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren, conforme consta nas Resoluções Cofen 191/2009 e 448/2013 em seu art. 6º, ao final de cada registro:

a) O uso do carimbo pelos profissionais da Enfermagem é facultativo.

2. Observar e anotar como o paciente chegou:

a) Procedência do paciente (residência, pronto - socorro, transferência de outra instituição ou outro setor intra-hospitalar);

b) Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);

c) Condições de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca, etc.);

3. Observar e anotar as condições gerais do paciente:

a) Nível de consciência;

b) Humor e atitude;

c) Higiene pessoal;

d) Estado nutricional;

e) Coloração da pele;

f) Dispositivos em uso. Ex.: Jelco, sondas, curativos.

g) Queixas do paciente (tudo o que ele refere, dados informados pela família ou responsável);

4. Anotar orientações efetuadas ao paciente e familiares. Ex.: Jejum, coleta de exames, inserção venosa, etc.;

5. Dados do Exame Físico;

6. Cuidados realizados;

7. Intercorrências;

8. Efetuar as anotações imediatamente após a prestação do cuidado;

9. Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;

10. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo líquido;

11. Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;

12. Conter sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;

13. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;

14. Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;

15. Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;

16. Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);

17. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

18. Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

Assim, pode-se resumidamente evidenciar que as Anotações de Enfermagem deverão ser referentes a:

• Todos os cuidados prestados – incluindo o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de setor, entre outros;