



CÓD: OP-032NV-23
7908403545155

FEMAR-RJ

**FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE MARICÁ – RIO DE JA-
NEIRO**

Técnico de Enfermagem

EDITAL FEMAR Nº 1/2023

Língua Portuguesa

1. Língua portuguesa, a variedade padrão e a variedades geográficas, sociais e situacionais.	5
2. Ortografia oficial.	9
3. Léxico e significação das palavras.	9
4. Pontuação.	10
5. Classes, estrutura e formação de palavras.	14
6. Concordância, regência e colocação.	21
7. Estrutura sintática da frase.	24
8. Figuras de linguagem.	29
9. Texto e discurso.	32
10. Recursos coesivos. Coerência e conhecimento prévio.....	35
11. Gêneros textuais e tipos de textos: descritivo, narrativo, expositivo, argumentativo e injuntivo.	36

Noções de Legislação do SUS

1. SUS: conceitos, fundamentação legal, financiamento, princípios, diretrizes e articulação com serviços de saúde	41
2. Organização do Sistema Único de Saúde – SUS: comissões intergestores, Conselhos Nacionais e suas respectivas composições.....	44
3. Controle Social: organização social e comunitária	45
4. Sistema Único de Saúde e Política Social	46
5. Constituição Federal de 1988 (Arts. 196 ao 200).....	46
6. Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências	48
7. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências	58
8. Decreto 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa ...	59
9. Portaria 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)	63

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Política Nacional da atenção básica (PNAB). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Princípios e Diretrizes da atenção básica e níveis de atenção a saúde	89
2. Estratégia Saúde da Família. A saúde mental na atenção básica e suas ações terapêuticas. Transtornos mentais comuns e persistentes da saúde mental.	89
3. A abordagem da Redução de Danos.	101
4. Conhecimento básicos sobre os conceitos e condutas diante das queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências na atenção básica: anafilaxia, cefaleia, diarreia e vômitos, dispneia, disúria, doenças de pele, dor abdominal, dor de ouvido, dor de garganta, dor lombar, dor torácica, intoxicação aguda por plantas tóxicas, agentes contaminantes e medicamentos, mordeduras de animais, queimaduras, síndromes gripais, sangramento genital anormal, tonturas e vertigens, urgências oftalmológicas, violências e maus tratos	102

ÍNDICE

5. Conhecimentos sobre dispositivos respiratórios e procedimentos de enfermagem relacionados à oxigenoterapia e aos cuidados com as vias aéreas.....	142
6. Procedimentos de enfermagem relacionados a higienização e conforto.....	149
7. Conhecimentos sobre definições, parâmetros e técnicas para verificação dos sinais vitais.....	150
8. Conhecimentos sobre acessos venosos, infusões.....	163
9. Conhecimentos sobre conceitos e assistência de enfermagem na criança e no adulto para as patologias: angina instável e infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse e choque séptico, cetoacidose diabética, hipoglicemia, hiperglicemia, anemia falciforme, reações transfusionais, crise convulsiva e estado de mal epiléptico, chikungunya, zika vírus, desidratação, infecção urinária na emergência, asma, pneumonia, erisipela, infecções de partes moles, complicações da diálise, injúria renal, hemorragia digestiva alta e baixa, urticária aguda e angioedema na criança, doença diarreica na infância, influenza – H1N1 e bronquiolite.....	165
10. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC).....	233
11. Doenças de notificação compulsória.....	264
12. Código de Ética.....	266
13. Lei do Exercício Profissional.....	271
14. Normas éticas do COFEN.....	279
15. Programa Nacional de Imunizações: calendário, vacinas e soros heterólogos, cadeia de frio, normas e rotinas.....	279
16. Noções básicas sobre administração de fármacos: cuidados, preparo, efeitos colaterais e assistência de enfermagem, cálculos para a administração de medicações/soluções.....	292
17. Procedimentos básicos de enfermagem.....	302
18. Biossegurança. Tipos de precaução.....	307
19. Monitorização hemodinâmica.....	314
20. Manejo do paciente crítico.....	317
21. Conceitos e assistência de enfermagem em situações de emergências e urgências e no trauma.....	319
22. HIV/AIDS, hepatites e outras IST.....	367
23. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e conhecimento sobre conceitos de identidade de gênero e orientação sexual.....	370
24. Conhecimento definição, prevenção e tratamentos das DCNT e Incapacidades.....	376
25. Doenças infecciosas e parasitárias.....	380
26. Covid-19.....	401
27. Diabetes mellitus.....	402
28. Hipertensão arterial sistêmica.....	405
29. Promoção de saúde.....	407
30. Humanização no SUS.....	420
31. Princípios e Diretrizes do SUS.....	429
32. Promoção de saúde.....	429

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Descrição verbal da dor e sua diversidade

DESCRIÇÃO VERBAL DA DOR E SUA DIVERSIDADE			
1- Tremulante Vibrante Pulsante Flagelante Fustigante Martelante	6 - Estica Puxa Contorce	11 - Cansativa Extenuante Esgota	16 - Aborrecida Transtornante Penosa Intensa Insuportável
2 - Pula de cá pra lá Fulminante Como uma mola que dispara	7 - Quente Queimante Ardente Incandescente	12 - Nauseabunda Sufocante	17 - Propaga-se Difunda-se em halos Penetrante
3 - Fere como um estilete Espeta como uma agulha É como uma punhalada É lancinante	8 - Provoca formigamento Pica e irrita Viva Aguda	13 - Alarmante Espantosa Aterrorizante	18 - É como uma faixa Entorpecedora Torce Comprime Arranca
4 - Cortante como uma lâmina de barbear Cortante como uma faca lacerante	9 - Surda Entorpece Faz mal Causa sofrimento intolerável	14 - Aflitiva Prostradora Cruel Feroz Mortal	19 - Fresca Fria Congelante
5 - É como um beliscão Aperta É como uma câimbra Rói Esmaga	10 - Sensível ao toque Tensa Rasga Rompe	15 - Grave Cegante	20 - Fastidiosa Desgostosa Atormentante Terrível Torturante

Escala associada

ESCALA ASSOCIADA (EAV/EAC/EDF)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor		dor leve			dor moderada		dor intensa		dor insuportável	
		Não atrapalha nas atividades			Atrapalha, mas não impede as atividades		Impede as atividades		Impede atividade Descontrola	
Escala Associada, graduada, horizontal, em que o zero corresponde à ausência de dor e o dez, à dor máxima, insuportável e abaixo, a suposta área categórica e a desabilitação funcional. Zero é a ausência de dor; de 1 a 3 é dor leve que não atrapalha as atividades; de 4 a 6 é dor moderada que atrapalha as atividades, mas não as impede; de 7 a 9 é dor forte incapacitante que impede que se realize qualquer atividade e 10 é dor muito forte e insuportável ou excruciante que além de impedir atividades, causa descontrole.										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Escala Analógica Visual Numérica de 0 a 10										
(0) = ausência de dor (1 a 3) = dor de fraca intensidade (4 a 6) = dor de intensidade moderada (7 a 9) = dor de forte intensidade (10) = dor de intensidade insuportável										
b) Escala categórica de avaliação (ECA) de intensidade da dor, 10 pontos de 0 a 10										
Atividades: Não atrapalha; atrapalha mas não impede, atrapalha e impede; impede e causa descontrole										
c) Escala desabilitante funcional (EDF)										

interessante para os casos em que a cirurgia tradicional está contraindicada, como em pacientes com doença cardíaca ou pulmonar grave.

O *stent* nas artérias carótidas abre os vasos que se tornaram estreitos em consequência do acúmulo de placas. Um radiologista intervencionista insere um cateter através da artéria femoral até a artéria estreitada. Quando o cateter cruza a área de estenose, um pequeno filtro pode ser colocado para capturar qualquer fragmento de placa que possa desalojar-se durante o procedimento.

Pode-se efetuar uma angioplastia, em que a placa é comprimida contra a parede arterial, e coloca-se um *stent* na artéria. Após a colocação de *stent* na carótida, existe um risco de acidente vascular cerebral e síndrome de hiperperfusão. Após o procedimento, a enfermeira monitora o estado neurológico do paciente e examina o local na virilha à procura de sangramento e formação de hematoma.

Cuidado de enfermagem

Como membro de uma grande equipe multidisciplinar, a enfermagem deve estar preparada para assumir um papel fundamental na administração da terapia trombolítica, na otimização do cuidado ao paciente na fase aguda e na rápida transferência do paciente para a reabilitação, de modo a maximizar o resultado.

Além disso, a enfermagem precisa monitorar cuidadosamente o paciente devido ao risco de infecção, alterações na temperatura e no nível de glicose, que podem ter efeitos potencialmente deletérios em pacientes que sofreram acidente vascular cerebral. Há indícios de hiperglicemia em pacientes com acidente vascular cerebral agudo aumentando o tamanho do infarto cerebral e, conseqüentemente agravando os resultados neurológicos, mesmo em caso que o paciente não seja diabético.

A enfermagem também desempenha um papel significativo na prevenção das complicações associadas à imobilidade, hemiparesia ou qualquer déficit neurológico produzido por um acidente vascular cerebral. As medidas preventivas são particularmente importantes nas áreas de infecção do trato urinário, aspiração, úlceras de pressão, contraturas e tromboflebite.

Os pacientes em unidades de tratamento intensivo correm risco de Trombose Venosa Profunda (TVP) e suas complicações resultantes. As medidas profiláticas mecânicas para prevenção da TVP consistem em exercícios de amplitude de movimento, meias compressivas antiembólicas e dispositivos de compressão pneumáticos. Além disso, medidas farmacológicas, como heparina não fracionada, heparina de baixo peso molecular ou varfarina, podem ser prescritas para impedir a coagulabilidade do sangue.

Síndrome de Guillain-Barré

A síndrome Guillain-Barré, também conhecida como polineuropatia desmielinizante inflamatória aguda, é uma doença de evolução rápida, que se manifesta comumente na forma de fraqueza simétrica, perda sensorial e arreflexia.

Essa condição é uma neuropatia periférica inflamatória, em que os linfócitos e os macrófagos retiram a mielina dos axônios. A reação inflamatória difusa pode ser observada no sistema nervoso periférico, nervos cranianos e raízes nervosas espinhais. Ela é referida como uma síndrome, em oposição a uma doença, por causa da combinação dos sinais e sintomas observados no paciente.

A síndrome de Guillain-Barré pode desenvolver-se com rapidez durante o curso de horas ou dias, ou pode levar até 3 a 4 semanas para se desenvolver. Muitos pacientes demonstram a maior fraqueza

za nas primeiras semanas do distúrbio, e estão ainda mais fracos em torno da terceira semana da doença. No início, desenvolve-se com rapidez uma paralisia flácida ascendente.

O paciente é mais comumente afetado em um padrão simétrico. O paciente pode perceber primeiramente a fraqueza nos membros inferiores, a qual pode estender-se rapidamente para incluir fraqueza e sensações anormais nos braços. Em geral, os reflexos tendinosos profundos se perdem, mesmo nos estágios mais precoces.

Os nervos cranianos e do tronco podem ser afetados. Os músculos respiratórios podem ser afetados, resultando em comprometimento respiratório.

Diagnóstico

O diagnóstico da síndrome de Guillain-Barré depende muito da história e de progressão clínica dos sintomas do paciente. Conforme observado, o início geralmente é súbito, e a história frequentemente revela um distúrbio respiratório alto, que ocorre em 1 a 4 semanas antes do início das manifestações neurológicas.

A história do início dos sintomas pode ser reveladora, porque os sintomas da síndrome de Guillain-Barré começam habitualmente com fraqueza ou parestesias dos membros inferiores e ascendem em um padrão simétrico.

Uma punção lombar pode ser realizada e revelar aumento nos níveis de proteína. Todavia, os resultados negativos desse exame devem ser interpretados com cautela, visto que apenas 50% dos pacientes na primeira semana de doença apresentam aumento das proteínas. Além disso, os exames de condução nervosa registram a transmissão do impulso ao longo da fibra nervosa, no paciente com síndrome de Guillain-Barré, a velocidade de condução é reduzida.

As provas de função pulmonar são realizadas quando se suspeita da síndrome de Guillain-Barré para estabelecer um parâmetro de comparação à medida que a doença progride. O declínio da capacidade de função pulmonar pode indicar a necessidade de ventilação mecânica e tratamento em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Tratamento clínico

Por causa dos riscos associados à insuficiência respiratória, sintomas bulbares e disfunção autônoma, todos os pacientes com síndrome de Guillain-Barré, exceto aqueles com doença leve, deverão ser internados em um hospital que possua UTI especializada.

Recomenda-se a internação na UTI para pacientes com capacidade vital abaixo de 20mL/kg, avaliações da capacidade vital necessárias a intervalos de 4 horas, aspiração, instabilidade autônoma ou rápida progressão ou fraqueza.

Os pacientes idosos, que apresentam rápida progressão ou infecção prévia, ou que dependem do ventilador, tendem a exibir um prognóstico sombrio e necessitam de rigorosa monitoração. Determinadas estratégias podem diminuir a gravidade da doença e acelerar a recuperação.

A profilaxia da TVP consiste em heparina subcutânea, 5.000 unidades 2 vezes ao dia, juntamente com meias compressivas antiembólicas e dispositivos de compressão sequencial. Além disso, as flutuações do sistema nervoso autônomo precisam ser avaliadas através de determinação da pressão arterial e monitoração de arritmias cardíacas.

A plasmáfereze foi a primeira terapia de benefício comprovado para pacientes com síndrome de Guillain-Barré. Trata-se da única terapia que provou ser superior ao tratamento de suporte apenas.



Gráfico 02 - Distribuição por modalidade, em porcentagem das Práticas Integrativas e Complementares nos municípios e estados brasileiros. Brasília, 2006.

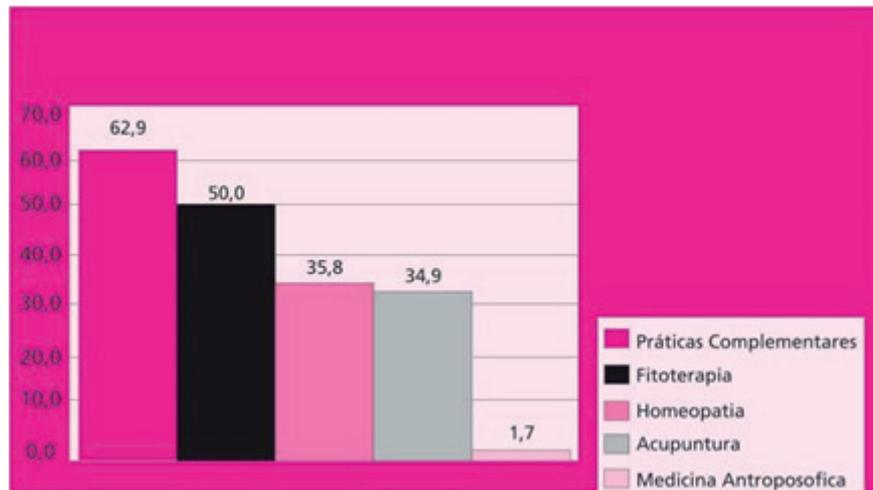


Gráfico 03: Distribuição das modalidades de Práticas Complementares nos estados e municípios brasileiros. Brasília, 2006.



Livros básicos					
Memento terapêutico					
Software de repertorização					
Medicamentos Homeopáticos					
Medicamentos Fitoterápicos					
Mesa para massagem					
Local específico para práticas complementares					
Outro (especifique)					

**10. O fornecimento dos insumos é garantido pelos Serviços?
Em caso afirmativo, marque com um "X" as opções aplicáveis.**

		Farmácia própria	Convênio externo	Doação	Outro (especifique)
Acupuntura	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				1
Agulhas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				2
Moxa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				3
Equipamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				4
					5
					6
Fitoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				1
Fitoterápico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				2
					3
Plantas Medicinais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				4
					5
					6
Fitoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				1
Fitoterápico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				2
					3
Plantas Medicinais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				4
					5
					6
Medicina Antroposófica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				1
Fitoterápico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				2
					3
Medicamento Homeopático	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				4
					5
					6

11. Na existência de Farmácia Própria de Manipulação, há um farmacêutico habilitado em homeopatia?

Sim Não

- AZUL

* Indica-se sempre do paciente/cliente mais grave para o menos grave.

No caso com ônus de muitos acidentados e pouca equipe/profissional; dar-se a preferência aos graves com maior chance de vida, dentre estes o que menos utilizará material, tempo, equipamento e pessoal.

Avaliação Primária

Tem por finalidade verificar o estado da vítima e suas condições físicas /emocionais/ neurológicas.

Verifica-se:

- Obstrução das vias aéreas
- Insuficiência Respiratória
- Alterações Hemodinâmicas
- Déficit Neurológico

Usam-se os métodos das seguintes formas: A, B, C, D e E (casos sem comprometimento circulatório).
C, A, B, D e E (casos com comprometimentos circulatórios).

Significados:

- A- Vias aéreas e proteção da coluna cervical
- B- Respiração e ventilação
- C- Circulação
- D- Incapacidade neurológica
- E- Exposição e controle da temperatura

Letra A: Deve-se aproximar da vítima e verificar se há alguma obstrução das vias aéreas, “a melhor forma é verbalmente, quando você conversa e a vítima conseguiu responder”. Em caso contrário deve fazer da seguinte maneira:

- 1- Elevação do queixo
- 2- Elevação da mandíbula
- 3- Elevação da testa (somente em casos sem trauma)

Existe uma forma mais segura e eficaz, que consiste em realizar a inspeção com cânulas (Guedell) (nasofaringe ou orofaringe). Deve-se atentar quanto o risco de lesão na coluna cervical, faça a devida imobilização.

Letra B: Manter a oxigenação adequada. Pode ser necessário de apoio:

- 1- Máscara facial ou tubo endotraqueal e insuflador manual.
- 2 - Ventilação Mecânica

Em caso de dificuldade considerar:

- . Obstrução de via aérea – considerar cricotireoidotomia se outras opções falharem.
- . Pneumotórax: drenar rapidamente em caso de compromisso respiratório.
- . Hemotórax (ver protocolo: trauma torácico)
- . Retalho costal: imobilizar rapidamente (ver protocolo: trauma torácico)
- . Lesão diafragmática com herniação.

Letra C: Avaliar:

- Pulso: valorizar taquicardia como sinal precoce de hipovolemia
 - Temperatura e coloração da pele: hipotermia, sudorese e palidez.
 - Preenchimento capilar: leito ungueal
 - Pressão arterial: inicialmente estará normotenso
 - Estado da consciência: agitação como sinal de hipovolémia
- Considerar relação entre % de hemorragia e sinais clínicos:

“O enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e da própria morte e, consciente ou inconscientemente, concentra a sua atenção no seu trabalho, no material, no processo da doença, talvez até em conversas superficiais, com o intuito de afastar expressões de temor e de morte”. Outras vezes, o enfermeiro perante o processo de morte decide evitar todo e qualquer contacto com o doente. Nesta perspectiva, o mesmo autor afirma que “afastando-se do doente através de subterfúgios, o que o enfermeiro faz é escudar-se contra sentimentos que lhe lembrem a morte e que lhe causem mal-estar”. Rees (1983),

Deste modo, sendo a morte inevitável e frequente nos serviços de saúde, nem todos os enfermeiros a compreendem, a acolhem e reagem a ela da mesma maneira. Confrontados com a doença grave e com a morte, os enfermeiros tentam proteger-se da angústia que estas situações geram, adoptando estratégias de adaptação, conscientes ou inconscientes designadas: mecanismos de defesa.

De acordo com Rosado (1991), do confronto com a morte surgem frequentemente mais problemas psicológicos do que físicos. Entre os últimos, fadiga, enxaqueca, dificuldades respiratórias, insónias e anorexia são alguns dos reconhecidos. No entanto, os mais citados são: pensamentos involuntários dedicados ao doente, sentimentos de impotência, choro e sensação de abatimento, sentimento de choque e de incredibilidade perante a perda, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade. Decorrentes destas atitudes, registam-se: absentismo, desejo de mudança de serviço, isolamento, entre outras práticas e atitudes reveladoras da situação e de insegurança. Para que o fenómeno da Morte seja encarado com serenidade pelo enfermeiro, este deve prevê-la como inevitável. Assim deve ter como atitudes, como: comunicar a situação terminal do doente, conforme a vontade e capacidade de aceitação do doente, ter respeito pela diferença, cada doente têm o seu modo de estar na vida, o doente raramente esta isolado, os familiares podem ajudar ou perturbar, partilhar, deixar a pessoa expressar os seus temores e desejos, diminuir a dor, o sofrimento e a angustia, auxiliar corretamente o doente a assumir a morte como experiência que só ele pode viver, toda a equipa deve ter um comportamento idêntico, linguagem, em relação à informação dada ao doente para não existir contradições, promover a vivência da fase final de vida no domicílio sempre que possível.

O apoio da família também é muito importante Apoio da família, já que a família sempre está presente. A definição de família tem evoluído ao longo dos tempos, de acordo com vários paradigmas, no entanto aqui adaptar-se-á a definição de “Família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos.” (Hanson, 2005). A família é, ou devia de ser, a unidade primária dos cuidados de saúde.

Além de proporcionar o acompanhamento adequado ao doente em fase terminal, deve se inserir a família neste processo de apoio para que assim o doente possa usufruir de uma melhor qualidade de vida, do ponto emocional e afetivo, assim como na diminuição da dor e angústia. O familiar do paciente crítico ao ter consciência da situação concreta e da possibilidade de morte do seu enfermo que está na UTI, expressa o vazio existencial através de sentimentos como: tristeza, frustração, pessimismo, desorientação, angústia e falta de sentido para viver.

Para entender a tríade, é necessário definir cada familiar do paciente crítico como uma pessoa constituída de unidade e totalidade em três dimensões: corpo, alma e espírito. (LIMA 2008).

Alguns sentimentos como empatia e afeto são necessário para que ao entrar em contacto com o paciente e sua família, seja possível abordá-lo e compreendê-lo com a sua doença em toda sua peculiaridade. Também consideramos ser de fundamental que na interdisciplinaridade haja o psicólogo para estruturar o trabalho de psicoterapia breve, enfatizando-se o momento, na busca de proporcionar um espaço de reflexão e expressão dos sentimentos, angústias, medos, fantasias, a fim de minimizar o impacto emocional e o estresse vivenciado pelos familiares, pacientes e outros profissionais nesse momento da internação. Aprendemos que, o momento de hospitalização significa uma crise para a família, o que causa uma ruptura daquilo que é esperado na dinâmica familiar. Tanto a família quanto o paciente que entra no hospital para qualquer tipo de intervenção, não serão mais os mesmo após a sua alta. Eles tomam contacto com seu limite, com sua fragilidade, com sua impotência, mas também é um momento que poderá emergir a sua força e capacidade. Não podemos negar que aprendemos muito sobre a vida, doença e morte com nossos pacientes, pois a cada momento vamos aos leitos ao encontro de pessoas diferentes, o que acaba por exigir criatividade em nossa prática diária. Cada casa é um casa e vem revestido de particularidades e, é este o nosso lugar, nosso espaço e nossa função na equipe que requer um exercício de criatividade contínua e, especialmente, de escuta. Em cada leito com cada doente, com as diferentes doenças e com as diversas famílias, podemos dizer que crescemos.

A diferença do outro, de cada indivíduo, relança uma nova postura de percepção do mundo, pela qual o nosso convívio e aprendizado mútuo são capazes de reconstruir nossas próprias percepções e, conseqüentemente nossas representações. (VALENTE 2008)

e. Atendimento de urgência e emergência em desastres naturais e catástrofes.

Vários eventos que ocorreram no Brasil e no mundo, como o ataque com armas químicas na Síria, o tornado no interior do estado de São Paulo e o incêndio numa fábrica de fertilizantes em Santa Catarina, que produziu uma volumosa fumaça tóxica, surgem questionamentos sobre a atuação dos profissionais de saúde nestes casos emergenciais e diferenciados, por sua natureza e repercussão.

Acidentes em massa podem ter variadas causas, por fenómenos naturais como, inundações, tornados, terremotos, avalanches, erupções vulcânicas, entre outros; por ação humana em forças naturais ou materiais como, acidentes rodoviários, ferroviários, aviários e marítimos, por radiação nuclear, desabamentos, incêndios e explosões, eletrocussão, entre demais exemplos; e outras origens como, causas combinadas e pânico generalizado com pisoteamento.

A preocupação com tais situações torna-se emergente, mediante os fatos ocorridos recentemente e os grandes eventos que estão programados para os próximos meses no Brasil.

Os profissionais e instituições de saúde brasileiros estão prontos para agir com eficácia e rapidez em casos com estas naturezas e magnitudes?

O papel dos Enfermeiros é indispensável e crucial nestes casos, considerando as especificidades que competem a sua profissão.

Nestas situações de desastre, com envolvimento de muitas vítimas, um plano de emergência diferenciado precisa ser implementado.

- Aumento dos hábitos sedentários;
- Crescimento do consumo de tabaco.

Cerca de metade das mortes causadas por doenças crônicas está diretamente associada às doenças cardiovasculares. Os ataques cardíacos e os enfartes do miocárdio matam cerca de 12 milhões de pessoas por ano. A hipertensão e outras doenças cardíacas matam, por sua vez, 3,9 milhões de pessoas. Cerca de 75% das doenças cardiovasculares são atribuíveis a:

- Colesterol elevado;
- Tensão arterial elevada;
- Dieta pobre em frutas e vegetais;
- Sedentarismo;
- Tabagismo.

Calcula-se que, em todo o mundo, existam 177 milhões de pessoas a sofrer de diabetes, sobretudo de tipo 2. Dois terços do total vivem nos países em vias de desenvolvimento. Mais de mil milhões de adultos sofrem de excesso de peso. Destes, pelo menos 300 milhões são clinicamente obesos. Apesar de muito diferentes entre si, as doenças crônicas apresentam fatores de risco comuns. São poucos e podem ser prevenidos:

- Colesterol elevado;
- Tensão arterial elevada;
- Obesidade;
- Tabagismo;
- Consumo de álcool.

Através da alteração do seu estilo de vida poderá, em pouco tempo, reduzir o risco de desenvolver uma doença crônica. Alterando a dieta alimentar – privilegiar frutas, vegetais, frutos secos e cereais integrais; substituir as gorduras animais saturadas por gorduras vegetais insaturadas; reduzir as doses de alimentos salgados e doces; iniciando a prática de exercício físico diário; Mantendo um peso normal – Índice de Massa Corporal entre 18,5 e 24,9. Eliminando o consumo de tabaco.

Já está comprovado que as intervenções comportamentais sustentadas são eficazes na redução dos fatores de risco para a população. Mais de 80% dos casos de ocorrência de doenças cardíacas coronárias, 90% dos casos de diabetes de tipo 2 e de um terço das ocorrências de cancro podem ser evitados através da alteração dos hábitos alimentares, do aumento de atividade física e do abandono do tabagismo.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

As doenças crônico-degenerativas são doenças progressivas e que interferem na qualidade de vida de seus portadores. Tendo em vista esse aspecto e o fato de ser a humanização das relações e do cuidado ao ser humano uma preocupação de profissionais de saúde e de cuidadores.

O enfermeiro desde longa data vem se preocupando em desenvolver uma assistência globalizada aos pacientes, visualizando o cuidar nas dimensões física, emocional e espiritual. Na prática diária, porém, a operacionalização desta meta vem enfrentando obstáculos, principalmente, no que tange à assistência aos pacientes com doenças crônico degenerativas, considerando que o avanço tecnológico e científico, na atualidade vem contribuindo para aumentar a expectativa de vida dos mesmos.

A assistência de enfermagem a estes pacientes, principalmente em estágio avançado da doença crônico degenerativa, torna-se mais complexa, em decorrência da somatória progressiva de limitações físicas e alterações emocionais ocorridas, incluindo o comprometimento de sua identidade.

Neste processo não só o paciente, como seus familiares tornam-se intensamente envolvidos e comumente procuram apoio do enfermeiro para ajudá-los na superação destas dificuldades.

Pitta, salienta que os pacientes e familiares nesta condição nutrem sentimentos complicados em relação ao hospital, expressando-os aos enfermeiros, que frequentemente sentem-se confusos e angustiados, pois as necessidades assistenciais apresentadas pelos pacientes e familiares, vão além do simples cuidado físico, das tomadas de pressão e temperatura, das aplicações terapêuticas ou ainda das de higiene e conforto, requerendo um preparo diferenciado do enfermeiro.

O hospital, um espaço mítico que deve conter e administrar os problemas emocionais provocados pelo paciente e sua doença e toda rede de relações sociais que a eles se vinculam os sentimentos como depressão e ansiedade, tanto dos pacientes como dos familiares são naturalmente projetados no hospital, através de seus elementos de mediação, ou sejam os profissionais e em especial ao enfermeiro, a quem cabe decidir questões importantes e assumir responsabilidades de forma integral.

O paciente hospitalizado estabelece relação com toda a gama de materiais e equipamentos utilizados para o seu tratamento. Passa a compartilhar sua existência, com os que trabalham no hospital, nas mais diversas funções, com os familiares que o visitam, e com outros pacientes internados.

Para o paciente crônico terminal, apesar de haver uma pequena perspectiva de alta hospitalar, fica delineada uma condição de extremo sofrimento e conflito considerando o agravamento contínuo de seu quadro e a proximidade da morte. Esta situação, sempre bastante difícil para o enfermeiro, que fica próximo ao paciente partilhando com ele este momento de vida.

As doenças crônicas degenerativas (DCD) figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, cerca de 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais são os chamados agravos não transmissíveis que incluem doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias; são predominantes em países desenvolvidos, sendo os maiores fatores de causa o estresse e o sedentarismo.

Nos países em desenvolvimento ocorre o padrão epidemiológico de transição, onde além das doenças infecciosas, como dengue e febre amarela, surgiram as DCD.

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A pressão arterial é aquela existente no interior das artérias e comunicada às suas paredes. Quando os ventrículos se contraem, o ventrículo esquerdo ejeta sangue para a artéria aorta. Essa contração recebe o nome de sístole. No momento dessa contração, a pressão nas artérias se torna máxima e elas se distendem um pouco. Esta é a pressão sistólica.

Quando os ventrículos se relaxam, isso se chama diástole. Nesse momento o sangue que está na aorta tenta refluir, mas é contido pelo fechamento da válvula aórtica, que evita que ele retorne ao ventrículo, a pressão nas artérias cai a um valor mínimo, chamada pressão diastólica.

b) atuando junto a profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações/instituições para a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas mesmas e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.

I – Articular com o MEC/secretarias estaduais e municipais de educação o estímulo à iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar; e

II – Aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

I – Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas consequências;

II – Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool.

III – Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às consequências da “direção alcoolizada”;

IV – Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população;

V – Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências; e

VI – Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito

I – Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação;

II – Articulação de agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema; e

III – Apoio às campanhas de divulgação em massados dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito.

Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz

I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;

II – Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;

III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual;

IV – Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal;

V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência;

VI – Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações; e

VII – Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências.

Promoção do desenvolvimento sustentável

I – Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no País que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável

II – Apoio à elaboração de planos de ação estaduais e locais, incorporados aos Planos Diretores das Cidades;

III – Fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável;

IV – Apoio ao envolvimento da esfera não-governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis;

V – Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável;

VI – Estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável; e

VII – Promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.

ANEXO A

PORTARIA Nº 1.409, DE 13 DE JUNHO DE 2007

Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de desenvolver, fortalecer e implementar políticas e planos de ação em âmbito nacional, estadual e municipal que consolidem o componente da promoção da saúde no SUS;

Considerando a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal capaz de criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e os riscos à saúde da população, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas;

Considerando o objetivo específico da Política Nacional de Promoção da Saúde quanto à incorporação e implementação de ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; e

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, embasadas na integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersectorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade, resolve:

Art. 1º Instituir Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde - CGPNPS tem as seguintes atribuições:

I – consolidar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – consolidar a Agenda Nacional de Promoção da Saúde em consonância com as políticas, as prioridades e os recursos de cada uma das secretarias do Ministério da Saúde e com o Plano Nacional de Saúde;

ANEXO C
PORTARIA Nº 23, DE 18 DE MAIO DE 2006

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 37, do Decreto nº 5.678, de 18 de janeiro de 2006 e considerando,

O disposto no § 2º, Art. 2º da Portaria/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005, que institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde;

A Portaria/GM nº 687, de 30 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde, resolve:

Art. 1º Constituir o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde – CGPNPS, de que trata a Portaria/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005.

Art. 2º Estabelecer que o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde será composto pelos seguintes membros titulares e suplentes:

- I – Otaliba Libânio Morais – Dasis/SVS/MS
Suplente: Deborah Carvalho Malta – CGDANT/Dasis/SVS/MS
- II – Adriana Miranda de Castro – CGDANT/Dasis/SVS/MS
Suplente: Cristiane Scollari Gosch – CGDANT/Dasis/SVS/MS
- III – Anamaria Testa Tambellini – CGVAM/SVS/MS
Suplente: Marta Helena Paiva Dantas – CGVAM/SVS/MS
- IV – Carmen de Simoni – DAB/SAS/MS
Suplente: Antonio Dercy Silveira Filho – DAB/SAS/MS
- V – Maria Cristina Boaretto – Dape/SAS/MS
Suplente: José Luis Telles – Dape/SAS/MS
- VI – Ana Cecília Silveira Lins Sucupira – Dape/SAS/MS
Suplente: Sueza Abadia de Souza – Dape/SVS/MS
- VII – Ena Araújo Galvão – SGTES/MS
Suplente: Cláudia Maria da Silva Marques – SGTES/MS
- VIII – José Luiz Riani Costa – SGP/MS
Suplente: Mª Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana – SGP/MS
- IX – Pubenza Castellanos – SCTIE/MS
Suplente: Antonia Ângulo Tuesta – SCTIE/MS
- X – Roberta Soares Nascimento – Funasa/MS
Suplente: Irânia Maria da Silva Ferreira Marques – Funasa/MS
- XI – Antonio Ivo de Carvalho – Fiocruz/MS
Suplente: Lenira Fracasso Zancan – Fiocruz/MS
- XII – Gulnar Azevedo e Silva Mendonça – Inca/MS
Suplente: Cláudio Pompeiano Noronha – Inca/MS
- XIII – Afonso Teixeira dos Reis – ANS/MS
Suplente: Martha Regina de Oliveira – ANS/MS

Parágrafo único. Os membros do CGPNPS terão com mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos por determinação do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art. 3º O CGPNPS será coordenado pelo Diretor do Departamento de Análise de Situação de Saúde – Dasis/SVS/MS e/ou seu suplente, que terá as seguintes competências:

- I – Convocar e coordenar as reuniões do comitê assessor; II – Indicar um técnico do Dasis/SVS/MS para desenvolver atividades necessárias ao funcionamento do comitê; e
- III – Encaminhar atas, relatórios e recomendações para apreciação e aprovação do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art. 4º Os membros do CGPNPS terão as seguintes competências:

- I – Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CGPNPS;

II – Apresentar temas, bem como discutir e deliberar as matérias submetidas a CGPNPS; e

III – Compor grupos técnicos para analisar temas específicos no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, quando indicados pela plenária ou quando solicitado pelo coordenador.

Art. 5º A CGPNPS reunir-se-á ordinariamente ou extraordinariamente quando convocado pelo seu Coordenador, sendo que as mesmas serão realizadas somente com a presença de, no mínimo, cinquenta por cento mais um dos seus membros.

Art. 6º As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas em Brasília ou em local a ser definido por decisão do Secretário de Vigilância em Saúde.

Art. 7º A participação no CGPNPS será considerada serviço público relevante, não ensejando qualquer remuneração.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO D
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 675, DE 4 DE JUNHO DE 2008 (*) /

Gabinete do Ministro

Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. OS MINISTROS DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE, no uso de suas atribuições que lhe confere os incisos I e II do parágrafo único do art. 87, da Constituição, e considerando a necessidade de promover a articulação institucional entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a execução de ações de atenção, prevenção e promoção à saúde nas escolas, bem como o caráter transversal da atenção à saúde e a necessidade de envolver a comunidade nas estratégias de educação para a saúde na rede pública de educação básica, resolvem:

Art. 1º Instituir a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE, com a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 2º Compete à Comissão:

- I – propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola;
- II – apresentar referenciais conceituais de saúde necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na esfera da educação básica;
- III – apresentar referenciais conceituais de educação necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais da saúde;
- IV – propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo; e
- V – acompanhar a execução do Programa Saúde na Escola – PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa.

Art. 3º A Comissão compõe-se de um representante de cada uma das seguintes unidades de órgãos públicos e de entidades vinculadas e do setor privado:

- I – Ministério da Educação:
 - a) Secretaria-Executiva – SE;
 - b) Secretaria de Educação Básica – SEB;
 - c) Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade – SECAD;
 - d) Secretaria de Educação Especial – SEESP;
 - e) Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE;
- II – Ministério da Saúde: