



CÓD: OP-085NV-23
7908403545582

SÃO SEBASTIÃO DO ALTO-RJ

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO SEBASTIÃO DO ALTO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Técnico em Enfermagem

EDITAL DE ABERTURA Nº 001/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de texto.	5
2. Nova Ortografia da Língua Portuguesa.	5
3. Divisão silábica.	8
4. Acentuação gráfica. Sinais gráficos.	9
5. Pontuação.	10
6. Coletivos.	13
7. Aumentativos e diminutivos. Graus do substantivo e do adjetivo.....	14
8. Palavras sinônimas, antônimas, parônimas e homônimas.	15
9. Emprego de algumas palavras (porque / por que / porquê / por quê - senão / se não – há / a – mau / mal – afim / a fim)....	15
10. Classificação das palavras – substantivo, artigo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição, contração, conjunção e interjeição.	17
11. Pronomes pessoais, demonstrativos e possessivos.	23
12. Estrutura das palavras – elementos mórficos. Processo de formação das palavras.	23
13. Locuções	24
14. Frase, oração e período.	24
15. Vozes do verbo: Voz ativa, passiva e reflexiva.	29
16. Termos da oração. Termos essenciais da oração: Sujeito e predicado. Termos acessórios da oração. Vocativo. Período composto – Coordenação, subordinação, orações reduzidas, orações intercaladas ou interferentes.	29
17. Regência verbal e nominal.	29
18. Sintaxe de concordância.	30
19. Sintaxe de regência.	32
20. Sintaxe de colocação.	32
21. Emprego de algumas classes de palavras.	33
22. Fonema. Sílabas. Acento tônico. Crase. Encontro vocálico. Encontro consonantal.....	33
23. O significado das palavras. Denotação e conotação.	35
24. Figuras de linguagem.	35
25. Vícios de linguagem.	38
26. Funções da linguagem.	40

Matemática

1. Números naturais, inteiros, racionais, irracionais, reais e complexos;	47
2. Sistema de medidas legais;	53
3. Sistema monetário brasileiro;	55
4. Razão e Proporção; Grandezas diretamente e inversamente proporcionais;	57
5. Regra de três simples e composta;	58
6. Porcentagem;	59
7. Juros simples e compostos;	61
8. Potenciação;	64
9. Raciocínio lógico;	64

ÍNDICE

10. Sequências; Progressões aritméticas e geométricas;	68
11. Análise combinatória;	69
12. Probabilidade;	72
13. Resolução de situações problemas;	75
14. Cálculo de áreas e volumes.....	78

Conhecimentos Específicos Técnico em Enfermagem

1. Conhecimentos específicos em técnicas básicas: importância da limpeza terminal, concorrente e arrumação de cama	89
2. Higiene oral e corporal	90
3. Prevenção de deformidade e úlcera de pressão	94
4. Controles de sinais vitais	95
5. Controle de eliminações e ingestões	98
6. Balanço hídrico	98
7. Enteroclistma e Enema	100
8. Posições para exame	102
9. Oxigenoterapia	106
10. Cuidados para coleta de sangue, fezes e urina	113
11. Ergonomia	123
12. Princípios de infecção hospitalar	126
13. Técnicas de curativo	134
14. Administração de dietas	135
15. Cuidados com drenagens	140
16. Assistência de enfermagem em centro cirúrgico, centro obstétrico	141
17. Central de material e esterilização: conceitos de desinfecção e esterilização, procedimentos, cuidados com materiais e soluções utilizadas, tipos de esterilização, armazenamento e transporte	153
18. Noções de farmacologia, interações medicamentosas e reações adversas, hemoterapia e cuidados específicos na administração. Medicamentos: parenteral e enteral: diluições, rediluições, gotejamento de soro e vias de administração.	164
19. Noções de imunização, cadeia de frio, tipos de vacina: dose e via de administração, esquema de vacinação do Ministério da Saúde	179
20. Doenças de notificação compulsória.	192
Noções de enfermagem nas urgências e emergências: primeiros socorros, hemorragias, choques, traumatismos e queimaduras	195
21. Noções de enfermagem aos pacientes com afecções dos sistemas: respiratório, cardiovascular, digestório, renal, urinário, reprodutor, musculoesquelético, neurológico e nos órgãos dos sentidos	200
22. Noções de assistência de enfermagem nas moléstias infectocontagiosas	269
23. Noções de enfermagem a portadores de patologias clínicas e cirúrgicas	290
24. Código de Ética	291
25. Política de Saúde e Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS	297
26. Cálculo de Medicamento	303

A infecção aguda pelo HBV pode levar à insuficiência hepática fulminante em menos de 1% dos casos, e isso ocorre dentro de 4 semanas após o início dos sintomas. Está associada a encefalopatia, falência múltipla de órgãos e taxa de mortalidade de 80% se não for tratada com transplante de fígado.

O Anti Cerne da Hepatite B (anti-HBc), também denominado Anticorpo Anti Cerne da Hepatite B (HBcAb), também aparece precocemente no curso da infecção e pode persistir durante muitos anos, porém é valioso na avaliação de uma infecção aguda versus crônica, porque o anti-HBc pode ser dividido ainda em dois subtipos.

O anti-HBc (IgM) é a resposta inicial à infecção e dura 6 a 18 meses depois da recuperação da infecção. Portanto, altos títulos de anti-HBc (IgM) indicam a presença de infecção aguda, enquanto baixos títulos indicam infecção hepática crônica.

O anti-HBc (IgG) é o segundo subtipo e é positivo nos pacientes que estão cronicamente infectados ou que foram previamente infectados, persistindo na corrente sanguínea durante a vida. Quando uma infecção pelo HBV está estabelecida com HBsAg e anti-HBc, podem ser solicitados exames sorológicos adicionais.

A presença do Antígeno Be da Hepatite (HBeAg) indica a replicação viral ativa e ajuda a diagnosticar a gravidade da doença, o prognóstico e as opções de tratamento. Os pacientes que apresentam um HBeAg positivo são considerados altamente infecciosos. O grau de comprometimento hepático na hepatite crônica ativa é variável, desde brando a grave, e pode progredir para a cirrose e carcinoma hepatocelular.

Deve-se suspeitar de cirrose quando o paciente desenvolve hipoesplenismo, hipoalbuminemia (na ausência de nefropatia) ou prolongamento do TP. Na cirrose avançada, o nível sérico de AST está tipicamente mais elevado do que o nível de ALT. Os sinais e sintomas clínicos da infecção por HBV durante a fase aguda são idênticos aos da infecção por HAV.

A exposição ao HBV está associada a alto risco. Após exposição acidental, como uma picada acidental por agulha, a imunoprofilaxia passiva pode ser obtida com o uso de Imunoglobulina para Hepatite B (HBIG) com alto título de anti-HBs. Este é um soro misturado contendo altos títulos de imunoglobulina anti-hepatite B.

Recomenda-se que a HBIG seja administrada dentro de 48 horas após a exposição na forma de inoculação a pacientes de alto risco, contatos íntimos de pacientes com HBV ativo (dentro de 2 semanas após contato sexual ou pessoal com líquidos corporais infectados) e indivíduos que viajam para áreas endêmicas, mas que não têm tempo de receber a série normal de vacinação de 3 doses.

Felizmente, existe uma vacina para a imunização ativa contra o HBV (Recombivax-HB, Engerix-B). Essa vacina, administrada profilaticamente com intervalo de 6 meses, propicia imunização ativa contra o HBV. Ela é altamente recomendada para os profissionais de saúde em risco de infecção pelo HBV. Ela também é recomendada para pessoas que tiveram contatos íntimos com pessoas já infectadas pelo HBV.

Hepatite C

O Vírus da Hepatite C (HCV) trata-se de um vírus de RNA de filamento único, relacionado com a família Flaviviridae. No sorotipo do HCV, existem, pelo menos, seis genótipos (ou expressões) diferentes. Essas variações no genótipo levaram a variações na evolução clínica, a problemas relacionados com o desenvolvimento de uma vacina, resposta ao tratamento e, em muitos casos, duração do tratamento.

O HCV, um vírus transmitido pelo sangue, pode provocar hepatite tanto aguda quanto crônica. Os indivíduos com cirrose relacionada ao HCV correm risco de desenvolver doença hepática de estágio terminal, bem como carcinoma hepatocelular.

Antes de 1992, quando o teste para o HCV se tornou obrigatório, muitas pessoas adquiriam o HCV através de transfusões sanguíneas. Os principais fatores de risco consistem em agulhas para uso de drogas ilícitas compartilhadas e contaminadas, e exposição ocupacional a picadas de agulha. Existem indicações de que o vírus também poderia ser transmitido através de contato perinatal, sexual e domiciliar, embora essas formas de transmissão não sejam tão comuns.

A incubação do HCV é de 15 a 160 dias, com média de 7 semanas. Dentro de 6 meses após a infecção, os pacientes podem produzir anticorpos anti-hepatite C; todavia, esses anticorpos não conferem imunidade. Embora os pacientes sejam, em sua maioria, assintomáticos, os sintomas mais comumente relatados da infecção pelo HCV consistem em fadiga, anorexia, perda de peso e dor abdominal.

A avaliação diagnóstica para a infecção pelo HCV inclui um ensaio imunoabsorvente ligado à enzima (ELISA; solicitado quando os níveis de aminotransferase estão elevados, bem como para a triagem dos pacientes sob hemodiálise) para o HCV, um ensaio de *immunoblot* em fita recombinante anti-HCV (RIBA; solicitado para confirmar um teste de HCV positivo ou quando um paciente apresenta sintomas de hepatite), ou um teste de RNA do HCV (solicitado quando os achados do RIBA para o HCV são inconclusivos, mas ainda persiste um alto índice de suspeição para o HCV).

O RNA do HCV, que testa a presença do RNA viral no sangue (em lugar dos anticorpos contra o vírus), é o padrão máximo para detectar o HCV. Os níveis de RNA do HCV são utilizados para avaliar a resposta ao tratamento; entretanto, não se efetua uma avaliação seriada, visto que a carga viral não exibe nenhuma correlação com o grau ou a velocidade de progressão da lesão hepática.

O tratamento tem por objetivo a erradicação do vírus e a prevenção ou retardo da cirrose e doença hepática de estágio terminal. Os pacientes que desenvolvem doença hepática de estágio terminal podem ser candidatos a transplante de fígado. Na atualidade, não se dispõe de nenhuma vacina para a prevenção do HCV, e a imunoglobulina não proporciona proteção a pessoas que foram expostas. A terapia de combinação atual consiste em INF- α 2a ou 2b pegilato mais ribavirina.

A infecção é considerada erradicada quando se obtém uma Resposta Viral Sustentada (RVS), que é definida pela ausência de RNA do HCV (a viremia) no final do tratamento e, a seguir, 6 meses depois do tratamento.

Hepatite D

A Hepatite D (vírus delta ou HDV) é um vírus de RNA incompleto, que depende das proteínas do envelope do HDV para se reproduzir. A infecção por HDV pode acontecer como uma superinfecção no paciente que exibe hepatite B crônica, ou pode ocorrer simultaneamente com a infecção aguda pelo HBV.

O HDV pode progredir para hepatite fulminante e doença crônica. A infecção pelo HDV ocorre principalmente entre os indivíduos que recebem múltiplas transfusões, e naqueles que fazem uso de drogas injetáveis. No início da doença, o Antígeno da Hepatite D (HDV Ag) está presente principal causa de morte por doença hepática, porém é raramente diagnosticado como infecção aguda.

A função primária do cálcio é a manutenção da força do osso e dos dentes. Ele também desempenha um papel importante na contratilidade miocárdica e esquelética. O cálcio também mantém a permeabilidade celular e colabora na coagulação sanguínea. A concentração sérica normal de cálcio é de 8,5 a 10,5mg/dL.

O cálcio sérico total é composto de duas frações principais: o cálcio difusível ou ultra filtrável (ou ionizado) e o cálcio não difusível ou ligado à proteína (principalmente à albumina). Muitos pacientes criticamente doentes apresentam baixos níveis de albumina, resultando em baixos níveis séricos de cálcio. Esse resultado não significa necessariamente que o cálcio do paciente esteja baixo. É necessário determinar o cálcio ionizado (quando disponível) ou corrigir o cálcio sérico para o nível de albumina.

O íon magnésio é o segundo principal íon intracelular. A concentração sérica normal é de 1,4 a 2,1mEq/L. O equilíbrio do magnésio é necessário para a integridade funcional do sistema neuromuscular. As glândulas paratireoides regulam o magnésio e o cálcio. O sódio é necessário para a reabsorção do magnésio. O magnésio pode acumular-se no soro, osso e músculo na insuficiência renal, causando inúmeros problemas.

Uma acidez ou alcalinidade normal (pH de 7,35 a 7,45) do líquido orgânico é essencial para a vida. O corpo mantém o equilíbrio acidobásico pelo sistema tampão, pelo sistema respiratório e pelo sistema renal. Os sistemas tampão e respiratório são capazes de reagir rapidamente às alterações no pH corporal. No entanto, os rins levam mais tempo para se ajustarem às alterações no pH corporal.

Cinco processos principais estão associados à regulação do equilíbrio acidobásico pelo sistema renal: excreção do íon hidrogênio; reabsorção do íon sódio; geração e reabsorção do íon bicarbonato; excreção do sal de fosfato e ácido titulável; e síntese de amônia e excreção de amônio. Os distúrbios acidobásicos podem resultar quando os rins são incapazes de realizar esses processos de forma adequada.

O papel da enfermagem na avaliação de problemas no equilíbrio hídrico inclui a mensuração exata da ingesta e débito, peso e sinais vitais. Os índices mais sensíveis de alterações no conteúdo hídrico do organismo são os pesos seriados e os padrões de ingesta e débito. Embora os sinais vitais possam fornecer dados de sustentação, eles podem não ser anormais até que ocorram déficits significativos no volume ou na água.

A avaliação do desequilíbrio hídrico precisa ser fundamentada na observação criteriosa e no reconhecimento dos sintomas pertinentes. Abordaremos a seguir as principais disfunções urinárias.

Insuficiência Renal Aguda

A insuficiência renal aguda é uma síndrome clínica em que existe uma perda súbita da função renal, resultando em distúrbios no equilíbrio hidroeletrólítico, homeostasia acidobásica, metabolismo do cálcio e do fosfato, regulação da pressão arterial e eritropoiese.

A característica da insuficiência renal aguda é uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) diminuída, refletida por um acúmulo de Nitrogênio da Ureia Sanguínea (BUN) e creatinina sérica - uma condição denominada azotemia.

Muitas vias fisiopatológicas podem levar à síndrome da insuficiência renal aguda. Para ajudar no estabelecimento de um plano diagnóstico e de tratamento, a insuficiência renal aguda é organizada em três categorias gerais, de acordo com os fatores precipitantes e a manifestação dos sintomas.

A função renal pode ser substituída por um processo conhecido como diálise, que é um tratamento de manutenção da vida usado nos pacientes com lesão renal aguda e doença renal crônica (também conhecida como insuficiência renal crônica).

A enfermagem de cuidados críticos pode lidar com pacientes que padecem dos efeitos de uma lesão renal aguda, ou pacientes que já fazem algum tipo de diálise crônica e, em seguida, desenvolvem um quadro crítico.

Fisiologia da diálise

Todos os tipos de diálise estão baseados nos princípios da osmose e difusão para remover escórias metabólicas e excesso de líquidos do sangue. No circuito de diálise, entre o sangue e o dialisado, há uma membrana semipermeável.

As substâncias dissolvidas (p. ex., ureia e creatinina) difundem-se através da membrana de uma área com concentração mais alta (sangue) para outra com concentração mais baixa (dialisado). As moléculas de água atravessam a membrana por osmose e entram na solução que contém menos moléculas de H₂O.

O dialisado é formulado com concentrações variadas de glicose ou sódio, de forma a produzir um gradiente osmótico e, deste modo, retirar o excesso de água do sistema circulatório.

O processo de passagem dos líquidos por uma membrana semipermeável de acordo com as forças criadas pelas pressões osmótica e hidrostática é conhecido como ultrafiltração. Esses princípios básicos constituem o fundamento de qualquer terapia dialítica. A forma como a diálise é realizada varia de acordo com o tipo de tratamento.

Terapias extracorpóreas

Hemodiálise e Terapias Renais Substitutivas Contínuas (TRSC) utilizam um circuito extracorpóreo (localizado fora do corpo). Por essa razão, eles podem exigir um acesso à circulação do paciente e anticoagulação do circuito.

Acesso à circulação

Os três métodos utilizados mais comumente para ter acesso à circulação do paciente são cateteres vasculares, fístulas arteriovenosas e enxertos vasculares sintéticos. Os pacientes que necessitam repentinamente de hemodiálise ou TRSC usam cateteres venosos, enquanto os pacientes que já fazem hemodiálise geralmente têm uma fístula arteriovenosa ou um enxerto vascular sintético.

Cateteres venosos

Cateteres de lúmen duplo introduzidos em veias centrais calibrosas são usados nos pacientes em estado crítico que necessitem de hemodiálise, Hemofiltração Venovenosa Contínua (HVVC) ou Hemofiltração Venovenosa Contínua com Diálise (HVVC/D). Esses cateteres também são usados para realizar hemodiálise quando não há outro tipo de acesso à circulação.

As veias usadas comumente são femorais, jugular interna e subclávia. O local escolhido depende da anatomia e acessibilidade às veias do paciente, assim como da experiência e preferência do médico. Os cateteres venosos de lúmen duplo também são utilizados temporariamente nos pacientes em estado crítico mantidos com diálise aguda, ou nos pacientes em diálise crônica à espera da maturação de um acesso mais duradouro (p. ex., fístula arteriovenosa ou enxerto vascular).

- Diálise peritoneal;
- Transplante renal.

Para os pacientes com Doença Crônica Renal, o SUS oferta duas modalidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS), tratamentos que substituem a função dos rins: a hemodiálise, que bombeia o sangue através de uma máquina e um dialisador, para remover as toxinas do organismo. O tratamento acontece em clínica especializada três vezes por semana.

A diálise peritoneal feita diariamente na casa do paciente e a diálise peritoneal, que é feita por meio da inserção de um cateter flexível no abdome do paciente, é feita diariamente na casa do paciente, normalmente no período noturno.

Reprodutiva

A avaliação abdominal

A avaliação abdominal determina o estado dos sistemas gastrointestinal e geniturinário do cliente. Observe quaisquer tipos de feridas, cicatrizes, drenos, tubos, curativos ou ostomias. A documentação destes abrange localização, tamanho e quantidade de drenagem ou liberação e, se presentes, sinais de inflamação.

Status geniturinário

A avaliação do estado do sistema reprodutivo e urinário do cliente é realizada principalmente por meio da verificação e de habilidades de entrevista. A avaliação geniturinária abrange exame do abdômen, canal urinário e genitália, e avaliação da urina do cliente.

Examine o abdômen para verificar qualquer distensão ou aumento de volume. No adulto normal, o abdômen é liso, plano e simétrico. O canal urinário é examinado para verificação de qualquer anormalidade como inflamação e secreção, que podem indicar infecção na uretra.

Nas mulheres, observar a aparência da genitália (lábios, clitóris, abertura vaginal). Perguntas a serem feitas ao cliente sobre o histórico reprodutivo abrangem gestações, uso de métodos contraceptivos, histórico do ciclo menstrual, atividade sexual atual, uso de proteção durante a relação sexual, data do último Papanicolau e determinação de como qualquer doença atual tem afetado ou afetará a atividade sexual.

Nos homens, examine pênis, canal uretral, prepúcio (se incircuncis) e escroto. Perguntas a serem feitas ao cliente sobre o histórico reprodutivo abrangem atividade sexual atual, uso de proteção durante a relação sexual e como a doença atual tem afetado ou afetará a atividade sexual. Pergunte se o cliente realiza o autoexame dos testículos.

Observe quaisquer lesões ou ulcerações que possam indicar doenças sexualmente transmissíveis. O padrão habitual de micção e quaisquer mudanças recentes devem ser levantados se o cliente tiver histórico de infecção no trato urinário, pedras nos rins, mudança no fluxo urinário, micção dolorida ou nictúria.

DISFUNÇÕES DERMATOLÓGICAS (TEGUMENTAR)

As funções da pele incluem proteção, sensibilidade, balanço hídrico, regulação da temperatura e produção de vitaminas, é o maior órgão do corpo humano cobre uma área de 1,2m² a 2,3m², sendo suprida com um terço do volume circulante de sangue.

As três camadas da pele são a epiderme externa, a derme média e a hipoderme subjacente, ou tecido subcutâneo. Os anexos incluem os pelos, unhas, glândulas sudoríparas ecrinas e apócrinas e glândulas sebáceas.

A **epiderme** é a camada externa da pele serve para proteger as estruturas subjacentes da invasão por micróbios e outras substâncias estranhas. A subcamada mais interna se projeta em direção à derme e serve como base para as glândulas, unhas e raízes dos pelos. A epiderme não possui suprimento vascular; depende do nível dérmico para sua nutrição.

A melanina e a queratina são formadas na camada celular interna da epiderme. Os melanócitos fornecem melanina, um pigmento para a pele e para os pelos. Este pigmento fornece a cor da pele e, mais importante, protege as estruturas subjacentes da exposição à luz ultravioleta, absorvendo e dispersando a radiação.

A **derme** é a camada média da pele, fornece suporte para a camada externa, a epiderme. É um tecido conjuntivo muito vascularizado e os vasos sanguíneos são essenciais para a regulação da temperatura corporal e da pressão sanguínea.

As anastomoses arteriovenosas, controladas pelo sistema nervoso simpático e encontradas na camada dérmica, são capazes de se dilatar ou contrair em resposta às condições ambientais de calor e frio e à estimulação interna de ansiedade ou perda de volume sanguíneo. A função sensorial da pele inclui receptores para calor, frio, tato, pressão e dor, localizados na camada dérmica.

A derme é composta por duas camadas distintas. A derme papilar é a mais superficial das duas camadas, situada logo abaixo da epiderme. Essa camada fornece a ligação com a epiderme, na medida em que as células basais da epiderme se projetam na derme papilar.

A subcamada mais espessa da derme é a derme reticular. O colágeno se organiza em um padrão de malha tridimensional nesta porção da derme. É esse arranjo de malha que permite que a derme se estique com o movimento. Os componentes do sistema imunológico da pele são encontrados na camada dérmica e incluem macrófagos, mastócitos, células T e fibroblastos.

A **hipoderme** ou camada subcutânea consiste em tecido conjuntivo intercalado com tecido adiposo. A gordura da hipoderme tem as funções protetoras de retenção de calor e amortecimento das estruturas subjacentes. Além disso, o tecido adiposo da camada subcutânea da pele serve para armazenar calorías.

Os **anexos da pele** são: os pelos, as unhas e as glândulas sebáceas e sudoríparas são considerados parte da pele. Essas estruturas surgem através das camadas epidérmica ou dérmica da pele.

As **glândulas sudoríparas ecrinas** estão distribuídas por toda a superfície cutânea. Essas glândulas surgem da derme e se abrem na superfície da pele. Essas glândulas especializadas secretam suor com a finalidade de regular a temperatura corporal interna.

As **glândulas sudoríparas apócrinas** não são tão comuns quanto as glândulas ecrinas, são maiores e se abrem através de um folículo piloso nas axilas, mamilos, aréolas, virilha, pálpebras e orelhas externas.

Outra diferença entre os dois tipos de glândulas sudoríparas é que as glândulas apócrinas, maiores e menos abundantes, secretam uma substância oleosa com um odor particular. Este odor é usado pelos animais para reconhecer a presença de outros animais.

Nos seres humanos, o odor, conhecido como odor corporal, é produzido quando as secreções entram em contato com bactérias e quando o fluido começa a se decompor.

As **glândulas sebáceas** secretam sebo, composto por uma combinação de triglicerídeos, colesterol e cera, através do folículo piloso. Essas glândulas estão situadas em toda a superfície da pele, exceto nas palmas das mãos e solas dos pés.

Dermatite de Contato (irritativa)

A dermatite de contato (também denominada eczema) é uma reação inflamatória da pele a agentes físicos, químicos ou biológicos; pode ser alérgica ou provocada por irritante primário. A epiderme é lesionada por irritações físicas e químicas repetidas.

As causas comuns de dermatite por irritante incluem sabões, detergentes, compostos abrasivos e substâncias químicas industriais. Os fatores predisponentes consistem em extremos de calor e de frio, uso frequente de sabão e água e doença cutânea preexistente. As mulheres tendem a ser afetadas mais comumente que os homens.

Manifestações clínicas

- As erupções ocorrem quando o agente etiológico entra em contato com a pele;
- O prurido, a sensação de ardência e o eritema são seguidos de edema, pápulas, vesículas e exsudato ou transudato como reações iniciais;
- Na fase subaguda, as alterações vesiculares são menos pronunciadas e alternam-se com a formação de crostas, ressecamento, formação de fissuras e descamação;
- Quando ocorrem reações repetidas, ou se o paciente arranhar continuamente a pele, observa-se o aparecimento de liquenificação e pigmentação; em seguida, pode ocorrer invasão bacteriana secundária.

Manejo de enfermagem

- Obter uma história detalhada e solicitar ao paciente que pense sobre o que pode ter causado o problema;
- Instruir o paciente a aderir às seguintes instruções durante pelo menos 4 meses até que a pele tenha uma aparência totalmente curada:
 - Evitar o contato com irritantes conhecidos ou, após a sua exposição, lavar imediatamente a pele;
 - Evitar o calor, o uso de sabão ou esfregar a pele;
 - Escolher sabonetes para banho, detergentes e cosméticos que não contenham fragrância; evitar o uso de amaciante de roupas;
 - Evitar medicamentos tópicos, loções ou pomadas, exceto quando prescritos;
 - Quando usar luvas (p. ex., para lavar pratos ou fazer a limpeza), certificar-se de que elas sejam revestidas com algodão; não as usar por mais de 15 a 20 minutos por vez;
 - Orientar o paciente sobre as maneiras de tratar e evitar outros episódios de dermatite por irritante.

Dermatite Esfoliativa

A dermatite esfoliativa, também denominada eritrodermia, é uma condição grave, caracterizada por dermatite eritematosa descamativa, que pode acometer mais de 90% da pele. Essa condição começa de maneira aguda como uma erupção eritematosa em placas ou generalizada.

A dermatite esfoliativa tem uma variedade de etiologias; é considerada como um processo secundário ou reativo a uma doença cutânea ou sistêmica subjacente. Pode aparecer como parte do grupo de doenças do linfoma e preceder o aparecimento do linfoma.

Os distúrbios cutâneos preexistentes implicados como causa incluem psoríase, dermatite atópica e dermatite de contato. Aparece também como reação grave a medicamentos, como penicilina

e fenilbutazona. A etiologia é idiopática, isto é desconhecida em aproximadamente 16% dos casos; a dermatite esfoliativa generalizada idiopática também é denominada síndrome do homem vermelho.

Manifestações clínicas

- Erupção eritematosa em placas ou generalizada, acompanhada de calafrios, febre, mal-estar, prostração, toxicidade grave, descamação pruriginosa da pele e, em certas ocasiões, sintomas gastrintestinais;
- Perda profunda do estrato córneo (camada mais externa da pele), causando extravasamento capilar, hipoproteinemia e equilíbrio nitrogenado negativo;
- Dilatação disseminada dos vasos cutâneos, resultando em grandes quantidades de calor corporal perdido;
- A coloração da pele modifica-se de rosada para vermelho-escuro; depois de 1 semana, a esfoliação (descamação) começa na forma de lâminas finas, que deixam a pele subjacente lisa e avermelhada, como formação de novas escamas à medida que as antigas se desprendem;
- Possível perda dos pelos;
- É comum a ocorrência de recidiva;
- Efeitos sistêmicos: insuficiência cardíaca de alto débito, outras disfunções gastrintestinais, aumento das mamas, hiperuricemia, distúrbios da temperatura.

Manejo de enfermagem

- Efetuar avaliação de enfermagem contínua para detectar a existência de infecção;
- Administrar os antibióticos prescritos com base nos resultados de cultura e do antibiograma;
- Avaliar a ocorrência de hipotermia, visto que o aumento do fluxo sanguíneo na pele, associado à perda aumentada de calor e de água através da pele, leva a perda de calor por radiação, convulsão e evaporação;
- Monitorar rigorosamente e notificar quaisquer alterações nos sinais vitais;
- Usar terapia tópica prescrita para proporcionar alívio sintomático;
- Recomendar banhos relaxantes, compressas e lubrificação com emolientes para o tratamento da dermatite extensa;
- Administrar anti-histamínicos sedativos antes de deitar, conforme prescrição, para aliviar o prurido e promover o sono;
- Administrar corticosteroides orais ou tópicos prescritos quando a doença não for controlada por meio de terapia mais conservadora;
- Aconselhar o paciente a evitar todos os irritantes, particularmente medicamentos.

Dermatoses Seborreicas

A seborreia refere-se à produção excessiva de sebo (secreção das glândulas sebáceas). A dermatite seborreica tem predisposição genética; os hormônios, o estado nutricional, a presença de infecção e o estresse emocional têm influência em sua evolução. As remissões e as exacerbações dessa afecção são a regra; no entanto, a condição é crônica.

A dermatite seborreica é uma doença inflamatória crônica da pele, com predileção por áreas que estão bem supridas por glândulas sebáceas ou que se localizam entre pregas cutâneas, em que a

- II – Multa;
- III – Censura;
- IV – Suspensão do Exercício Profissional;
- V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

§1º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§2º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§6º As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

§7º Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

Art. 109 As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 110 Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I – A gravidade da infração;
- II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;
- III – O dano causado e o resultado;
- IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 111 As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 112 São consideradas circunstâncias atenuantes:

I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

II – Ter bons antecedentes profissionais;

III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;

IV – Realizar atos sob emprego real de força física;

V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;

VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

Art. 113 São consideradas circunstâncias agravantes:

I – Ser reincidente;

II – Causar danos irreparáveis;

III – Cometer infração dolosamente;

IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;

V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;

VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;

VIII – Ter maus antecedentes profissionais;

IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

CAPÍTULO V DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 114 As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 115 A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 116 A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 117 A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

Art. 118 A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

Art. 119 A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

§4º Entende-se por saúde bucal o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

§5º Entende-se por assistência toxicológica, a que se refere o inciso XII do caput deste artigo, o conjunto de ações e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas decorrentes da exposição a substâncias químicas, medicamentos e toxinas de animais peçonhentos e de plantas tóxicas. (Incluído pela Lei nº 14.715, de 2023)

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

XV - proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023)

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do SUS compete: (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

e) de saúde do trabalhador;

f) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

(Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§2º Em situações emergenciais e de calamidade pública: (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§3º (Vetado).

§4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO III-A (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022) DA TELESSAÚDE

Art. 26-A. A telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - autonomia do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - consentimento livre e informado do paciente;

III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IV - dignidade e valorização do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

V - assistência segura e com qualidade ao paciente; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VI - confidencialidade dos dados; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IX - responsabilidade digital. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-B. Para fins desta Lei, considera-se telessaúde a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Parágrafo único. Os atos do profissional de saúde, quando praticados na modalidade telessaúde, terão validade em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-C. Ao profissional de saúde são asseguradas a liberdade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, inclusive com relação à primeira consulta, atendimento ou procedimento, e poderá indicar a utilização de atendimento presencial ou optar por ele, sempre que entender necessário. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-D. Compete aos conselhos federais de fiscalização do exercício profissional a normatização ética relativa à prestação dos serviços previstos neste Título, aplicando-se os padrões normativos adotados para as modalidades de atendimento presencial, no que não colidirem com os preceitos desta Lei. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-E. Na prestação de serviços por telessaúde, serão observadas as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento, observada a competência dos demais órgãos reguladores. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-F. O ato normativo que pretenda restringir a prestação de serviço de telessaúde deverá demonstrar a imprescindibilidade da medida para que sejam evitados danos à saúde dos pacientes. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-G. A prática da telessaúde deve seguir as seguintes determinações: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - prestar obediência aos ditames das Leis nºs 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico). (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-H. É dispensada a inscrição secundária ou complementar do profissional de saúde que exercer a profissão em outra jurisdição exclusivamente por meio da modalidade telessaúde. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

CÁLCULO DE MEDICAMENTO

Prezado Candidato, o tema acima supracitado, já foi abordado em tópicos anteriores.

QUESTÕES

1. PR-4 UFRJ - 2023 - UFRJ - Técnico em Enfermagem - Geral- Os medicamentos podem ser classificados de diversas maneiras. Assinale a alternativa que associa corretamente os medicamentos e sua classificação em relação a sua ação.

- (A) Fenitoína e Carbamazepina – Anticonvulsivantes
- (B) Metoclopramida e Nistatina – Antifúngicos
- (C) Hidrocortizona e Hidroclorotiazida – Diuréticos
- (D) Atenolol e Fluconazol – Anti-hipertensivos
- (E) Ibuprofeno e Paracetamol – Antiácidos

2. PR-4 UFRJ - 2023 - UFRJ - Técnico em Enfermagem - Geral- Em relação aos sinais vitais, podemos considerar que:

- (A) a unidade de medida de pressão arterial é milímetros de mercúrio e registramos primeiro o valor da pressão diastólica e depois o da pressão sistólica, sendo que alguns fatores interferem nesses valores, como: idade, estresse, raça e uso de medicamentos.
- (B) uma temperatura axilar acima de 37,8° C pode indicar hipertermia e o paciente pode apresentar queda da frequência cardíaca, frequência respiratória e a pressão arterial, além de cianose em extremidades.
- (C) a hipertensão está associada ao espessamento e à perda da elasticidade das artérias, diminuindo a resistência vascular que torna-se inversamente proporcional ao fluxo de bombeamento do sangue que é aumentado para os órgãos.
- (D) num adulto que apresenta um padrão respiratório irregular identificado como bradpneia, o número de incursões respiratórias por minuto (irmp) verificado pelo técnico de enfermagem deveria estar entre 15 e 20 irmp.
- (E) o pulso apical e o radial são os mais utilizados para o exame da frequência cardíaca, sendo o apical o escolhido no caso de verificação da frequência cardíaca em lactentes e crianças.

3. PR-4 UFRJ - 2023 - UFRJ - Técnico em Enfermagem - Geral- Sr. Francisco da Silva foi submetido a um procedimento de apendicectomia de emergência. Transcorrido o ato cirúrgico ele foi encaminhado para enfermagem com uma hidratação venosa com volume total de 525 ml, fluindo a 10 gotas por minuto. Diante das informações, marque o tempo necessário para o término dessa solução.

- (A) 5,7 h
- (B) 14,5 h
- (C) 1,7 h
- (D) 17,5 h
- (E) 10,7 h

4. PR-4 UFRJ - 2023 - UFRJ - Técnico em Enfermagem - Geral- Em uma unidade de saúde, a equipe de enfermagem está se familiarizando com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Eles estão discutindo a importância de implementar as diretrizes da PNH para melhorar a qualidade da assistência e promover um atendimento mais humanizado aos pacientes. A equipe está ciente da necessidade de envolver os usuários e a comunidade no processo de cuidado, além de garantir a equidade e a integralidade das ações de saúde. Nesse sentido, dentre as assertivas abaixo assinale aquela que contém uma de suas diretrizes:

- (A) promover a descentralização do sistema de saúde e a participação popular.
- (B) estabelecer ações de valorização do trabalho dos profissionais de saúde.
- (C) padronizar os protocolos de atendimento em todas as unidades de saúde do país.
- (D) priorizar o atendimento aos pacientes de maior vulnerabilidade social.
- (E) implementar medidas para redução de custos na assistência à saúde.

5. PR-4 UFRJ - 2023 - UFRJ - Técnico em Enfermagem - Geral- Um paciente adulto apresenta um dreno de tórax em selo d'água após uma cirurgia torácica. Durante uma avaliação do dreno, o técnico em enfermagem observa a ausência de oscilação na coluna de água do selo d'água. Essa ausência de oscilação pode indicar um problema na função do dreno, sendo necessário uma ação adequada para solucionar essa situação. Marque a alternativa que contém a ação correta a ser realizada pelo técnico em enfermagem.

- (A) Trocar o frasco de selo d'água por um novo, evitando o risco de infecção.
- (B) Elevar a cabeceira do leito para facilitar o retorno venoso e o edema.
- (C) Realizar aspiração do dreno para retirada de secreções acumuladas.
- (D) Solicitar uma radiografia de tórax para avaliar a posição correta do dreno
- (E) Certificar-se de que há preservação no sistema de drenagem do dreno.

6 - (CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL- TÉCNICO EM ENFERMAGEM- FCC-2018) Dentre as medidas de controle de infecção de corrente sanguínea relacionadas a cateteres intravasculares encontra-se

- (A) o uso de cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes.
- (B) a higienização das mãos com preparação alcoólica (70 a 90%), quando as mesmas estiverem visivelmente sujas.
- (C) o uso de novo cateter periférico a cada tentativa de punção no mesmo paciente.
- (D) a utilização de agulha de aço acoplada ou não a um coletor, para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose contínua.
- (E) o uso de luvas de procedimentos para tocar o sítio de inserção do cateter intravascular após a aplicação do antisséptico.