



CÓD: OP-101NV-23
7908403545681

ITAPEMA-SC

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEMA – SANTA CATARINA

Agente Comunitário de Saúde

EDITAL DE ABERTURA N.º 01/2023

Língua Portuguesa

| | |
|--|----|
| 1. Compreensão e interpretação de textos. | 7 |
| 2. Ortografia oficial, incluindo as alterações promovidas pelo Novo Acordo Ortográfico. | 7 |
| 3. Flexão em gênero e número dos substantivos e adjetivos. | 8 |
| 4. Acentuação gráfica, incluindo as alterações promovidas pelo Novo Acordo Ortográfico. | 9 |
| 5. Emprego de crase. | 10 |
| 6. Emprego de conectivos, pronomes e numerais e advérbios. | 11 |
| 7. Colocação pronominal. | 17 |
| 8. Concordância nominal e verbal. | 18 |
| 9. Regência nominal e verbal. | 20 |
| 10. Emprego de sinônimos, antônimos, homônimos e parônimos. | 21 |
| 11. Sintaxe da oração (período simples: termos essenciais, integrantes e acessórios da oração) e do período (período composto por coordenação e por subordinação)..... | 21 |
| 12. Processos de formação de palavras. | 26 |
| 13. Conjugação e emprego de verbos. | 26 |
| 14. Empregos dos sinais de pontuação. | 26 |

Matemática / Raciocínio Lógico

| | |
|---|----|
| 1. Análise e interpretação de gráficos e tabelas envolvendo dados numéricos. | 35 |
| 2. Sistema legal de unidades de medida de massa e comprimento no Brasil..... | 37 |
| 3. Operações básicas com números inteiros, fracionários e decimais..... | 39 |
| 4. Geometria: perímetro, área e volume das principais figuras geométricas..... | 46 |
| 5. Regra de três simples e composta. | 57 |
| 6. Razão. Proporção. | 58 |
| 7. Porcentagem. | 59 |
| 8. Juros simples. | 61 |
| 9. Equações: 1º grau, 2º grau e sistemas. | 63 |
| 10. Relações métricas e trigonométricas no triângulo retângulo. | 69 |
| 11. Análises combinatórias. | 76 |
| 12. Probabilidade. | 78 |
| 13. Raciocínio lógico. | 81 |

Conhecimentos Gerais

| | |
|---|----|
| 1. Noções gerais sobre a vida econômica, social, política, tecnológica, relações exteriores, segurança e ecologia com as diversas áreas correlatas do conhecimento histórico-geográficas em nível nacional e internacional. Atualidades em diversas áreas, como: Segurança, Transportes, Política, Economia, Sociedade, Educação, Saúde, Cultura, Tecnologia, Energia e Relações internacionais, Desenvolvimento sustentável. As transformações políticas no mundo contemporâneo..... | 83 |
| 2. História do Brasil, a partir da 1ª República. | 83 |
| 3. Problemas ambientais | 89 |

| | |
|--|----|
| 4. Espaço natural nacional: relevo, clima, vegetação, hidrografia e recursos minerais e energéticos..... | 89 |
| 5. Aspectos históricos e geográficos do Estado e do Município. | 94 |

Conhecimentos de Informática

| | |
|---|-----|
| 1. Noções gerais sobre a vida econômica, social, política, tecnológica, relações exteriores, segurança e ecologia com as diversas áreas correlatas do conhecimento histórico-geográficas em nível nacional e internacional. Atualidades em diversas áreas, como: Segurança, Transportes, Política, Economia, Sociedade, Educação, Saúde, Cultura, Tecnologia, Energia e Relações internacionais, Desenvolvimento sustentável. As transformações políticas no mundo contemporâneo..... | 115 |
| 2. História do Brasil, a partir da 1ª República. | 115 |
| 3. PROBLEMAS AMBIENTAIS | 121 |
| 4. Espaço natural nacional: relevo, clima, vegetação, hidrografia e recursos minerais e energéticos..... | 121 |
| 5. Aspectos históricos e geográficos do Estado e do Município. | 126 |

Conhecimentos Específicos

Agente Comunitário de Saúde

| | |
|--|-----|
| 1. Conhecimentos específicos: Competências e habilidades do Agente Comunitário de Saúde..... | 143 |
| 2. Cadastramento de famílias | 147 |
| 3. Pré-Natal. Parto e Nascimento Humanizado, Puerpério. Aleitamento materno | 150 |
| 4. Vigilância epidemiológica. Conhecimentos básicos: Conceitos básicos: endemias, epidemia, pandemia, hospedeiros, reservatório, vetores de doenças, via de transmissão de doenças..... | 156 |
| 5. Indicadores de saúde | 166 |
| 6. Interpretação demográfica | 169 |
| 7. Saneamento Básico Meio Ambiente (água, Solo e Saúde) | 169 |
| 8. Higiene pessoal (bucal). | 173 |
| 9. Saúde da criança, do adolescente, da mulher (exames de prevenção ao câncer de mama e cérvico-uterino), do homem (exames de prevenção ao câncer de próstata), do idoso | 175 |
| 10. Prevenção a acidentes da criança e do idoso. | 213 |
| 11. Direitos da criança. | 213 |
| 12. Direito dos idosos. | 250 |
| 13. Alimentação e nutrição..... | 261 |
| 14. Planejamento familiar. | 269 |
| 15. Prevenção e combate ao uso de drogas. | 270 |
| 16. Conhecimento sobre as principais doenças Infecciosas e Parasitárias: DST/AIDS, coqueluche, dengue, difteria, doença de chagas, escarlatina, esquistossomose, febre amarela, febre tifóide, hanseníase, hepatites, leptospirose, malária, meningite, parotidite, poliomielite, raiva, rubéola, sarampo, tétano, tuberculose, varicela e outras doenças do aparelho respiratório e circulatório..... | 280 |
| 17. Biologia e controle de roedores, escorpiões e outros peçonhentos..... | 301 |
| 18. Calendário de vacinas. | 301 |
| 19. ESF (Estratégia saúde da família). | 314 |
| 20. Sistema Único de Saúde (SUS): Seus princípios, Suas diretrizes | 328 |
| 21. Leis (8.080/90 e 8.142/90)..... | 335 |

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| 22. Normas e Portarias atuais; Norma Operacional Básica (NOB/SUS/96)..... | 347 |
| 23. (NOAS/2001)..... | 362 |
| 24. Relações interpessoais..... | 362 |
| 25. Postura e atendimento ao público..... | 364 |
| 26. Noções Básicas de Relações Humanas no Trabalho..... | 366 |

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente – assentado na lógica da clínica – baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

10. FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1. Responsabilidades

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a “diversidade da base de financiamento”.

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido).

Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos. Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde.

Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

10.4. Tetos financeiros dos Recursos Federais

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT - observadas as reais disponibilidades financeiras do MS - e formalizado em ato do Ministério.

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido consoante à programação integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB - observados os limites do TFGE - e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores estão incluídos no TFA do estado e do município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para municípios e estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas fundo a fundo, conforme itens a seguir especificados.

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e fatura de serviços.

1

2.2.2. Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/ Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento este que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão semiplena da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em condição de gestão convencional.

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o teto financeiro da assistência do município e do respectivo estado.

13. CUSTEIO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congêneres, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, dos estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O PBVS somente será transferido a estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor per capita nacional único - base de cálculo deste Piso - , são definidos em negociação na CIT e formalizados por portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT, e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES ao Ministério. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, e observadas as condições estabelecidas nesta NOB, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são

m. Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

n. Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

a. Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

b. Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

c. Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

d. Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

e. Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

f. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. CONDIÇÕES DE GESTÃO DO ESTADO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

- a. GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e
- b. GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

a. Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.

b. Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.

c. Gerência de unidades estatais da hemorrede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.

d. Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.

e. Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.

f. Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.

g. Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.

h. Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

i. Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

j. Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.

k. Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

l. Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.

m. Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

n. Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

o. Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.

p. Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.

q. Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

a. Comprovar o funcionamento do CES.

b. Comprovar o funcionamento da CIB.

c. Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.

d. Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:

- as metas pactuadas;
- a programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
- as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
- os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.

e. Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

17.16. Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.17. As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante portaria do MS.

(NOAS/2001).

Prezado(a),

A fim de atender na íntegra o conteúdo do edital, este tópico será disponibilizado na Área do Aluno em nosso site. Essa área é reservada para a inclusão de materiais que complementam a apostila, sejam esses, legislações, documentos oficiais ou textos relacionados a este material, e que, devido a seu formato ou tamanho, não cabem na estrutura de nossas apostilas.

Por isso, para atender você da melhor forma, os materiais são organizados de acordo com o título do tópico a que se referem e podem ser acessados seguindo os passos indicados na página 2 deste material, ou por meio de seu login e senha na Área do Aluno.

Visto a importância das leis indicadas, lá você acompanha melhor quaisquer atualizações que surgirem depois da publicação da apostila.

Se preferir, indicamos também acesso direto a norma em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017_comp.html

IMPORTANTE!

O link indicado para estudo bem como o arquivo disponível na área do Aluno em nosso site tratam da "PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017".

A Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS/2001 está "SEM EFEITO" conforme o link a seguir do site do Ministério da Saúde:

<http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/lisPublic.xhtml>

Portanto, disponibilizamos a norma vigente e indicaremos a seguir a norma que a tornou sem efeito e as atualizações subsequentes.

**PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001
NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS
NOAS-SUS 01/2001**

(SEM EFEITO PELA PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002)

PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002

(REVOGADA PELA PORTARIA Nº 1.580, DE 19 DE JULHO DE 2012)

PORTARIA Nº 1.580, DE 19 DE JULHO DE 2012
(REVOGADA PELA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017)

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 1, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017

(DISPONÍVEL EM NOSSO SITE OU LINK SUPRACITADO!)

Bons estudos!

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Para Albuquerque (2012), uma maneira de desenvolver a individualidade de cada ser é aprender a aceitá-los como são, pois assim nos adaptamos a cada um, construindo um comportamento tolerante. Quando estamos dispostos a aceitar as pessoas, consequentemente nos tornamos mais flexíveis e observadores, o que facilita o convívio, o aprendizado, e a capacidade de desenvolver-se, descobrindo valores a partir de fraquezas de outros.

Mesmo sendo impossível agradar a todos o ser humano necessita entender que precisa conviver com as pessoas a sua volta, ninguém consegue viver sozinho, por isso tratar as pessoas bem ou saber lidar com a presença de vários a sua volta é o mínimo que se precisa diante de uma sociedade em decorrente ascensão.

De acordo com Chiavenato (2010), o relacionamento interpessoal é uma variável do sistema de administração participativo, que representa o comportamento humano que gera o trabalho em equipe, confiança e participação das pessoas. "As pessoas não atuam isoladamente, mas por meio de interações com outras pessoas para poderem alcançar seus objetivos" (CHIAVENATO, 2010, p. 115).

Manter um bom relacionamento é imprescindível, o sucesso no dia a dia, na convivência com pessoas e também no ambiente profissional depende muito de como você trata as pessoas a sua volta, não se pode escolher com quem trabalhar, ou com quem dividir uma mesa no trabalho, somos "convidados" a lidar com as diferenças em todos os aspectos.

Um relacionamento interpessoal saudável entre o líder e seus liderados facilita no desbloqueio da insegurança que rodeiam os colaboradores no dia a dia, o respeito e admiração trazem harmonia para o ambiente de trabalho.

O aprimoramento deste relacionamento é diário, construído aos poucos e deve ser regado para que futuras frustrações e discórdias no trabalho não venham a aparecer.

Algumas vezes, lidar com as diferenças causa incompatibilidade, desentendimentos, problemas, que devem ser solucionados a partir do bom relacionamento e diálogo entre os colaboradores, pois, "pequenas ações são as sementes dos grandes resultados" (ALBUQUERQUE, 2012, p. 85).

"As relações interpessoais desenvolvem-se em decorrência do processo de interação" (MOSCOVICI, 2011, p. 69). É uma maneira de conhecer mais, aprender com situações diversas no grupo social, vivenciando e trocando informações.

Interagir com o outro ou se comunicar muita das vezes se torna uma tarefa complicada, quando essa prática costuma falhar alguns conflitos surgem e não são fáceis de serem resolvidos. O ser humano é envolvido por sentimentos, sensações e quase nunca pela razão, para se trabalhar em equipe é necessário a flexibilidade e

pe, e falar de forma clara, trará facilidade na conquista de clientes externos, pois qualidade no serviço e atendimento interno são responsabilidades de todos.

Qualidade no atendimento externo

Atualmente, o mundo tem passado por diversas mudanças na economia e na sociedade e no crescimento populacional. E aparte de então veio mudando o mercado, tornando-o assim mais competitivo.

Diante deste desenvolvimento, as empresas resolveram investir em qualidade de atendimento aos clientes. Fazendo com que a qualidade dos produtos e serviços se torne capazes de satisfazer as necessidades dos clientes.

A forma como se atende um cliente dirá se voltará ou não a empresa, sendo assim, os empreendedores buscam por funcionários que saibam lidar com as pessoas de maneira satisfatória e que mantenha foco contínuo no cliente e torná-lo fiel a organização.

As empresas buscam qualidade no atendimento ao cliente externo, oferecendo assim um bom atendimento, produtos de qualidade que atraiam e chamem atenção para conquistar um público alvo. Nos dias de hoje há muita competitividade de mercado, com isso as empresas investem em profissionais capacitados para melhor se destacar no mercado, trazendo assim mais vantagens para a empresa.

Com a competitividade no mercado de trabalho as empresas resolveram fazer um programa de treinamento para os funcionários, trazendo assim mais aprendizado e aperfeiçoamento, com isso trazendo assim mais competitividade de mercado para as empresas e melhorias na qualidade de atendimento ao cliente tanto interno como o externo.

- Atenção;
- Ser tratado como indivíduo;
- Solução;
- Agilidade no atendimento;
- Compromisso;
- Precisão;
- Conhecer o produto ou serviço da empresa.

O cliente é a pessoa mais importante para os negócios da empresa, sendo assim a maneira que o profissional faz o atendimento é que vai cativar ou não, fazendo com que esse cliente se torne fiel e ativo para empresa.

Atendimento através do telefone

O atendimento telefônico requer mais concentração do que uma conversa ao vivo, por isso:

- Seja cordial. Pergunte o nome da pessoa: “Quem quer falar, por favor?”. Nunca diga: “Quem fala?”, “Quem é?”, “Quem gostaria?”.
- Procure ter à mão tudo o que você precisa, como caneta, papel e relação de ramais.
- Anote todos os recados e encaminhe-os à pessoa que precisa recebê-los.
- Ao falar pelo telefone, esqueça seus problemas pessoais. Sua voz deve soar calma e agradável.
- Peça para a pessoa repetir ou falar um pouco mais alto caso necessário.
- O telefone da instituição deve ser usado apenas para assuntos de cunho profissional e não pessoal.
- Evite deixar a pessoa esperando na linha.

– Não atenda ao telefone olhando o computador, pois essa atitude prejudica o bom atendimento.

– Se necessário, explique novamente, de outra maneira, até que a pessoa entenda a mensagem.

– Se outro ramal tocar na mesma sala e o responsável não estiver presente, atenda. Informe que a pessoa procurada não está em sua mesa no momento e pergunte quem está ligando e se deseja deixar um contato/recado. Anote e repasse ao colega.

– Ao receber recado de que alguém lhe procurou durante uma ausência, não deixe de retornar a ligação.

Recebimento, orientação e encaminhamento das pessoas ao setor específico

Um bom atendimento ao cliente vai muito além de ser bem-educado. Assim como ser honesto, **tratar bem os** clientes não é um diferencial, mas sim uma obrigação de qualquer pessoa que quer fazer de sua empresa um sucesso. E não se engane: a captação de novos clientes tem tudo a ver com o bom atendimento que sua empresa presta hoje.

Muitas vezes, entendemos tudo sobre o produto ou serviço que oferecemos, sobre suas vantagens e benefícios, mas nos sentimos travados na hora de solucionar um problema, enfrentar objeções ou até mesmo estruturar um processo para um atendimento incrível.

Pensando nisso, reunimos aqui os 6 princípios do bom atendimento ao cliente. Depois, sugiro fortemente que você também confira nosso outro post com 7 dicas avançadas sobre Atendimento ao Cliente.

1 – Entenda seu cliente

Não há como atendermos um cliente se não soubermos o que ele busca. Por isso, é importante que, em cada atendimento, sua equipe esteja consciente das motivações que levaram o cliente a entrar em contato. Faça perguntas, investigue, se coloque no lugar do cliente. Isto ajudará a resolver os problemas com mais rapidez e eficiência. Realize pesquisas periódicas que ajudem a revelar o que leva seu cliente a buscar sua empresa.

Exemplo prático:

No nosso software de controle financeiro, recebíamos muitos atendimentos sobre como controlar melhor o fluxo de caixa. Além de ajudar a aprimorar o software, entender o cliente também nos inspirou a escrever o post 5 passos para controlar o Fluxo de Caixa da sua empresa.

2 – Sinta prazer em servir

Atender é servir. Por isso é importante que sua empresa contrate pessoas que sintam prazer em servir e que se sintam motivadas pelo desafio constante de resolver os problemas dos clientes. A equipe de atendimento ao cliente deve ser uma unidade transformadora dentro da empresa, onde os problemas e dúvidas são transformados em satisfação e fidelização. Nenhum cliente compra um produto para ter problemas ou para passar horas a fio com o serviço de atendimento! Não existe algo mais frustrante que investir dinheiro em um produto ou serviço e, na verdade, ter comprado um problema. Quando um cliente se sente servido, naturalmente se sente motivado a falar bem da sua marca.

9. PREFEITURA DE TATUÍ – 2019

Assinale a alternativa que não se refere a um princípio do SUS:

- (A) Regionalização e Hierarquização dos serviços de saúde.
- (B) Integralidade considerando as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.
- (C) Universalidade com acesso aos serviços de saúde garantidos a todas as pessoas.
- (D) Diminuição da desigualdade entre as pessoas, pois possuem necessidades distintas.
- (E) Centralização dos serviços de saúde em todas as esferas do governo.

10. FAURGS – 2022

Assinale a alternativa que indica corretamente uma das diretrizes para as ações e os serviços de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, conforme previsto em sua Constituição.

- (A) Participação, sem poder decisório, das entidades populares representativas de usuários e trabalhadores da saúde na formulação, na gestão, no controle e na fiscalização das políticas de saúde.
- (B) Participação, com poder decisório, das entidades governamentais representativas de usuários e trabalhadores da saúde na formulação, na gestão, no controle e na fiscalização das políticas de saúde.
- (C) Participação, com poder decisório, das entidades populares representativas de usuários e trabalhadores da saúde na formulação, na gestão, no controle e na fiscalização das políticas de saúde.
- (D) Participação, sem poder decisório, das entidades populares representativas de usuários e trabalhadores da saúde na formulação, na execução, no controle e na fiscalização das políticas de saúde.
- (E) Participação, com poder decisório, das entidades populares representativas de usuários e trabalhadores da saúde na formulação, na execução, no controle e na fiscalização das políticas de saúde.

11. IMPARH – 2021

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Sobre essa legislação, assinale a alternativa CORRETA.

- (A) Os Conselhos de Saúde reunir-se-ão a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e para propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.
- (B) As Conferências de Saúde têm representantes de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e para propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.
- (C) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências não será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- (D) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

12-Acerca do uso de larvicidas e inseticidas no controle de endemias, bem como das normas de segurança envolvidas no processo, marque a alternativa CORRETA:

- (A) É sempre indicado o uso de larvicidas no controle de vetores em depósitos de água para consumo humano.
- (B) O uso de inseticidas para o controle do vetor é classificado sempre como controle mecânico.
- (C) O Ministério da Saúde não possui uma rede de monitoramento que avalia o estágio de resistência do *Aedes aegypti* ao uso de inseticidas.
- (D) Não é necessário o uso de luvas durante a aplicação de larvicidas.
- (E) É essencial o uso da máscara semi-facial durante a aplicação do larvicida.

13-As medidas de precaução padrão devem ser aplicadas no atendimento de todos os pacientes hospitalizados. Em relação a elas, é correto afirmar que

- (A) independente de haver risco de contato com sangue ou secreções, deve-se usar luvas no atendimento dos pacientes.
- (B) Na precaução para gotículas, a máscara PFF2 (N-95) é obrigatória para os profissionais de saúde.
- (C) quando não houver disponibilidade de quarto privativo para acomodar pacientes em precaução de contato, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- (D) pacientes com rubéola não precisam usar máscaras cirúrgicas quando estiverem fora do quarto.
- (E) pacientes com suspeita de tuberculose resistente ao tratamento não podem dividir o quarto com outros pacientes, a não ser com aqueles que têm tuberculose.

14-Em relação aos cuidados para se prevenir infecção relacionada à assistência à saúde, é correto afirmar que

- (A) na higienização antisséptica das mãos, a fricção com antisséptico deve ser feita por um minuto, no mínimo.
- (B) a limpeza e a desinfecção da superfície e do painel das bombas de infusão devem ser realizadas a cada 12 horas.
- (C) o uso de luvas torna a higienização das mãos facultativo.
- (D) um recipiente de solução intravenosa (ex: frasco de soro) para obter soluções de flushing deve ser usado somente no paciente a que se destina.
- (E) no parto vaginal não há necessidade de se utilizar luvas estéreis.

15-De acordo com o Controle de Vetores: Procedimentos de Segurança, aos compostos orgânicos ou inorgânicos, de origem natural ou sintética, que podem ser usados puros ou misturados no controle de pragas e são prejudiciais ao homem, aos animais domésticos ou às plantas cultivadas, dá-se o nome genérico de:

- (A) Fungos entomopatogênicos.
- (B) Patogenicidas.
- (C) Praguicidas.
- (D) Inseticida natural.
- (E) Planticida.