



CÓD: OP-050MR-24
7908403550661

PINHEIRAL-RJ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHEIRAL - RIO DE JANEIRO

Agente Técnico em Enfermagem

EDITAL Nº 01/2024

Português

1. Organização textual: interpretação dos sentidos construídos nos textos; características de textos descritivos, narrativos e dissertativos;.....	5
2. discursos direto e indireto;	6
3. elementos de coesão e coerência.	8
4. Aspectos semânticos e estilísticos: sentido e emprego dos vocábulos;.....	9
5. tempos, modos e aspectos do verbo; uso dos pronomes;	9
6. metáfora, metonímia, antítese, eufemismo, ironia.	12
7. Aspectos morfológicos: reconhecimento, emprego e sentido das classes gramaticais em textos;	16
8. processos de formação de palavras;	21
9. mecanismos de flexão dos nomes e dos verbos.	22
10. Processos de constituição dos enunciados: coordenação, subordinação;.....	27
11. concordância verbal e nominal;	28
12. regência verbal e nominal;	30
13. colocação e ordem de palavras na frase.	31
14. Sistema gráfico: ortografia;	31
15. regras de acentuação;	32
16. uso dos sinais de pontuação; aspas e outros recursos.	33
17. Funções da linguagem e elementos da comunicação.....	36

Noções de Informática

1. MS Office 2016/2019/2021 BR 32/64 bits (Word, Excel, Powerpoint, Access) - conceitos, características, ícones, atalhos de teclado, uso do software e emprego dos recursos	47
2. Internet e Web. Conceitos, características, sites de pesquisa, browsers Edge, Firefox Mozilla e Google Chrome nas versões atuais de 32 e 64 bits, em português.....	59
3. Correio Eletrônico. Webmail. Mozilla Thunderbird BR nas versões atuais de 32 e 64 bits.....	65
4. Redes Sociais: Facebook, LinkedIn, Instagram e Twitter	69
5. Segurança: Conceitos, características, proteção de equipamentos, de sistemas, em redes e na internet. Vírus. Backup. Firewall.....	72
6. Microinformática – conceitos de hardware e software. Componentes e Funções. Dispositivos de entrada e saída de dados. Dispositivos de armazenamento. Mídias e conectores. Operação de microcomputadores e notebooks	74
7. Sistema operacional Windows 10/11 BR - conceitos, ícones, atalhos de teclado, uso dos recursos.....	75

Legislação do SUS

1. Sistemas de saúde; História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva	83
2. A Saúde Pública no Brasil.....	83
3. reforma sanitária	84
4. Fundamentos do SUS.....	85
5. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial)	86
6. Gestão do SUS: diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular.....	89
7. Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS.....	92
8. Planejamento e Programação.....	93

ÍNDICE

9. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	94
10. Política Nacional da Atenção Básica (2017)	95
11. Sistema Único de Saúde (SUS); Diretrizes e bases da implantação do SUS	95
12. Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde	102
13. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças	124
14. Modelos de atenção à saúde	132
15. Constituição Federal (art. 196 a 200).....	134
16. Redes de Atenção à Saúde	136
17. Atenção Primária à Saúde	140
18. Vigilância em Saúde	141
19. Promoção à saúde	146
20. Controle social da saúde	147
21. Estratégia de Saúde da Família	148
22. Determinantes Sociais em Saúde.....	148
23. Política nacional de humanização	149
24. Sistemas de informação em saúde	154
25. Doenças de notificação compulsória	160

Conhecimentos Específicos ***Agente Técnico em Enfermagem***

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem.....	167
2. Administração em Enfermagem.....	171
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem	202
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	208
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas).....	209
6. Política Nacional de Segurança do Paciente	242
7. Saúde do trabalhador em Enfermagem.....	242
8. Enfermagem em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; Cuidados de Enfermagem ao recém-nato normal e de risco; Pré-natal, parto, puerpério, aborto, agravos por violência sexual.....	257
9. Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso	307
10. Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgico (pré, trans e pós operatório).....	328
11. Feridas e curativos	345
12. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem.....	347
13. Cuidado ao Paciente Crítico	397
14. Biossegurança	400
15. Processo de esterilização. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde. Ações de enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar.....	407
16. Administração de medicamentos	413
17. Noções de Farmacologia	421
18. Legislação do SUS (Lei 8080 e 8142).....	429

Tipos de ação geral ou sistêmica

- a) Estimulante: aumentam a atividade de um órgão ou tecido. EX: Cafeína estimula o SNC.
- b) Depressor: diminuem as funções de um tecido ou órgão. Ex.: Morfina deprime o SNC.
- c) Cumulativo: medicamento cuja a eliminação é mais lenta do que sua absorção, e a concentração do mesmo vai aumentando no organismo. Ex.: Digitalina
- d) Anti-infeccioso: capaz de destruir os microrganismos responsáveis por uma infecção.
- e) Antagônicos: quando as duas ou mais substâncias administradas têm efeito contrário.

Ação Remota: ocorre em partes distantes do organismo. Uma droga pode estimular um órgão que por sua vez estimula outro (digitalina = coração – aumenta a circulação = maior atividade diurética).

Ação Local Geral: uma droga aplicada poderá produzir um efeito local, ser absorvida e provocar um efeito geral. Ex.: epinefrina aplicada na mucosa nasal = estanca a hemorragia = absorção da corrente circulatória = aumento da pressão arterial.

Formas de Apresentação dos Medicamentos

Os medicamentos são apresentados no mercado nos seguintes estados: sólido, líquido e gasoso.

Sólido:

- a) Comprimidos: possuem consistência sólida e formato variável. São obtidos pela compressão em moldes da substância medicamentosa.
- b) Pó: deve ser tomado em colheradas ou é acondicionado em sachês (fluimucil).
- c) Drágeas: o princípio ativo está no núcleo da drágea, contendo revestimento com goma-laca, açúcar e corante. São fabricados em drágeas os medicamentos que não devem ser administrados em forma de comprimidos, por apresentarem: sabor desagradável, exigem absorção no intestino, medicamentos que atacam a mucosa e/ou que devem ser deglutidos com facilidade.
- d) Cápsulas: o medicamento está revestido por um invólucro de gelatina para eliminar sabor desagradável, facilitar a deglutição e/ou facilitar a liberação do medicamento.
- e) Pastilhas: é um preparado sólido, de forma circular com o princípio ativo unido com açúcar e uma mucilagem para que a dissolução seja lenta na cavidade oral.
- f) Enema, clister, enteroclistma, lavagem ou irrigação: sua composição varia de acordo com a indicação.
- g) Supositórios: óvulos ou lápis - tem formato cônico ou oval, destina-se à aplicação retal, pode ter ação local ou sistêmica.
- h) Pomadas: formas pastosas ou semissólidas constituídas de veículos oleosos, o princípio ativo é o pó.
- i) Cremes: são exclusivamente para uso tópicos, na epiderme (com ação epidérmica, endodérmica), vaginais e retais.

Líquidos:

- a) Soluções: mistura homogênea de líquidos ou de um líquido e um sólido.
- b) Xarope: solução que contém dois terços de açúcar.

- c) Elixir: são preparações líquidas, hidroalcoólicas; açucaradas ou glicerinadas, destinadas ao uso oral, contendo substâncias aromáticas e medicamentosas.
- d) Emulsão: preparação feita de dois líquidos, óleo e água.
- e) Colírios: soluções aquosas para uso na mucosa ocular.

Gasosos:

- a) Gás: oxigênio, carbogênio.
- b) Aerossol: com aerolin spray.

Fatores que Modificam a Dosagem

- 1- Idade;
- 2- Sexo;
- 3- Condições do paciente;
- 4- Fatores psicológicos;
- 5- Fatores ambientais;
- 6- Temperatura;
- 7- Método de administração;
- 8- Fatores genéticos;
- 9- Peso corporal.

Comuns Utilizadas em Prescrições Médicas

ACM:	a critério médico
AP/AMP	ampola
Cáp.....	cápsula
Ca	cálcio
Col	colírio
CP/comp.....	comprimido
Cpm.....	conforme prescrição médica
CR	creme
DG	drágeas
ENV	envelope
EV	endovenoso
FL	flaconete
FR	frasco
g	grama
Gt/gts	gotas
h	horas
IM	intra muscular
IV	intra venoso
KCl	cloreto de potássio
kg	quilograma
L	litro
mcg	micrograma
mEq	miliequivalente
mg.....	miligrama
Mg.....	magnésio
min.	minuto
mL.....	mililitro
NaCl	cloreto de sódio
NPT	nutrição parenteral total
PM	pomada
seg	segundo
S/N	se necessário
SC	subcutâneo
SF	solução fisiológica
SG	solução glicosada
SGF	soro glicofisiológico
SL	sublingual

Como reconhecer as reações adversas

Os profissionais de saúde são os mais aptos a identificar as reações adversas a medicamentos, devido à sua estreita relação com os pacientes. A participação ativa desses profissionais garante a efetividade da vigilância durante o período de comercialização dos **“Os profissionais de saúde são os mais aptos a identificar as reações adversas a medicamentos, devido à sua estreita relação com os pacientes.”**

Como notificar suspeitas de RAM (Reação Adversa ao Medicamento)

Todos os profissionais de saúde devem notificar as RAMs, mesmo quando houver dúvidas quanto à sua relação com determinado medicamento. A notificação deve ser remetida a instituições de saúde, desde que a instituição tenha profissional designado especificamente para recebê-la, aos centros de vigilância locais ou diretamente ao Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos, sediado da Unidade de Farmacovigilância da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

As reações adversas graves e as reações não descritas ou pouco conhecidas merecem atenção especial e constituem o principal interesse da farmacovigilância.

O formulário de notificação de suspeita de reação adversa a medicamento poderá ser preenchido e enviado por meio eletrônico em: https://www.anvisa.gov.br/multimedia/Formulario/notifica_med.asp. Para preenchimento por escrito, encontra-se disponível no endereço eletrônico: http://www.anvisa.gov.br/servicos/form/farmaco/notificacao_prof.pdf, e deve ser enviado por fax, pelo número (61) 448-1275, ou pelo correio à Unidade de Farmacovigilância, no seguinte endereço: SEPN 515, bloco B, 2º andar. Ed. Ômega. CEP: 70770-502. Brasília, DF.

Reações adversas a medicamentos e saúde pública

Apesar do avanço da farmacovigilância no mundo, os efeitos nocivos, conhecidos ou não, de medicamentos comercializados ainda acarretam grande impacto à saúde dos indivíduos. Por esse motivo, torna-se de grande importância a utilização racional de medicamentos.

Podem-se relatar alguns desastres relacionados a reações adversas. A talidomida, sintetizada em 1953, a partir de 1958 passou a ser prescrita e utilizada de forma indiscriminada, principalmente para o tratamento do enjoo matinal de mulheres grávidas. Com isso, provocou numerosos casos de má formação rara (focomelia).

Esse fato representou um marco para a farmacovigilância, pois estimulou a instalação de sistemas de monitorização da segurança de medicamentos e a elaboração de legislação específica.

As substâncias fenfluramina e dextrofenfluramina foram proscritas no Brasil mediante a comprovação científica de que podem causar lesões nas válvulas cardíacas.

Em 2001, houve a retirada da cerivastatina do mercado mundial por ocorrência de vários casos de rabdomiólise associados ao seu uso (16).

Em outubro de 2001, o Kava-Kava (*Piper methysticum L*), um dos fitoterápicos mais utilizados no mundo para alívio dos sintomas da ansiedade e insônia, considerado inócuo, foi responsável por vinte e cinco casos de hepatotoxicidade na Suíça e Alemanha. Dentre estes, seis foram de insuficiência hepática grave, com, pelo menos, um óbito. Além da insuficiência hepática, o Kava-Kava apresenta interações com diversas substâncias, acarretando outras reações adversas graves.

Em 2004, o rofecoxib, um dos anti-inflamatórios mais vendidos no mundo, também teve sua comercialização suspensa no mercado mundial, a partir de dados de estudos clínicos que evidenciaram a ocorrência de eventos cardiovasculares graves, se usado continuamente.

As reações adversas a medicamentos refletem de forma negativa na saúde da população e aumentam os gastos com saúde. No ano de 1987, foram notificadas nos EUA, aproximadamente, 12 mil mortes e quinze mil hospitalizações por RAM. Um trabalho feito em 1994 estimou que um de cada mil pacientes hospitalizados sofre reação cutânea grave relacionada ao uso de medicamento.

Em 1998, as reações adversas a medicamentos foram apontadas como a quarta causa mais frequente de morte nos EUA, superada apenas por infarto do miocárdio, câncer e acidentes vasculares cerebrais. Esses eventos são frequentemente passíveis de prevenção.

Os eventos adversos no campo de medicamentos causaram aumento significativo na duração e custo da hospitalização, com prolongamento de 1,74 dias, em média. Além disso, foi demonstrado aumento no risco de morte de 1,88 ($p < 0,001$) nos pacientes que apresentaram evento adverso, ou seja, cerca de duas vezes maior em relação aos outros pacientes.

No Brasil, desde 1994, as estatísticas divulgadas pelo Sinitox, rede nacional de centros de informação toxicológica, evidenciam que os medicamentos ocupam o primeiro lugar no conjunto dos treze agentes tóxicos considerados pela rede, respondendo, no período de 1993 a 1996, por aproximadamente 27% dos casos de intoxicação registrados no país.

A realidade não deixa dúvida quanto à importância de identificar e conhecer as reações adversas a medicamentos, com os objetivos de prevenir e diminuir a morbidade e mortalidade a elas relacionadas. Esse propósito será alcançado com a participação dos profissionais de saúde, dos órgãos de regulação, controle e fiscalização e das empresas envolvidas com a produção e comercialização de medicamentos na monitorização de reações adversas.

Vias de Administração de Medicamentos

Vias oral, sublingual, gástrica e retal – administração de medicamento por via digestiva.

Os medicamentos via oral são fornecidos pela boca e deglutidos com líquidos, apresentam um início de ação mais lento e um efeito mais prolongado que os medicamentos parenterais. Em geral, os clientes preferem a via oral.

Via parenteral – administração de um agente terapêutico por outra via que não seja a do trato alimentar (aparelho digestório).

Via vaginal – introdução e absorção de medicamentos no canal vaginal. O medicamento pode ser introduzido sob a forma de: supositório, comprimido, óvulo, lavagem, irrigação, creme ou gel.

Via tópica ou cutânea – aplicação de medicamentos na pele. Sua ação pode ser local ou geral. Exemplos: pomada, antisséptico, etc.

Via nasal – consiste em levar à mucosa nasal um medicamento líquido.

Via respiratória: as passagens mais profundas do trato respiratório proporcionam grande área de superfície para a absorção do medicamento. **Os medicamentos podem ser administrados através das vias nasais, via oral ou tubos colocados dentro da boca do cliente até a traqueia.** Os medicamentos administrados pela via de inalação são prontamente absorvidos e atuam rapidamente

- 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.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos dispõem sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade com-

§ 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)

**CAPÍTULO VI
DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO
E INTERNAÇÃO DOMICILIAR
(INCLUÍDO PELA LEI Nº 10.424, DE 2002)**

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

**CAPÍTULO VII
(REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 14.737, DE 2023)
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO À MULHER
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Art. 19-J. Em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será de livre indicação da paciente ou, nos casos em que ela esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, e estará obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 2º No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento indicará pessoa para acompanhá-la, preferencialmen-

te profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional para a paciente, que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 2º-A Em caso de atendimento com sedação, a eventual renúncia da paciente ao direito previsto neste artigo deverá ser feita por escrito, após o esclarecimento dos seus direitos, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, assinada por ela e arquivada em seu prontuário. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 3º As unidades de saúde de todo o País ficam obrigadas a manter, em local visível de suas dependências, aviso que informe sobre o direito estabelecido neste artigo. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 4º No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 5º Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

**CAPÍTULO VIII
(INCLUÍDO PELA LEI Nº 12.401, DE 2011)
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA
INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE”**

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

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 Pron-tuário 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:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I DOS RECURSOS

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

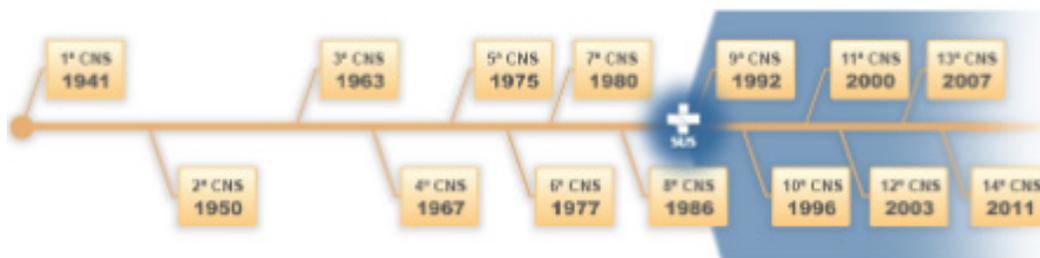
§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

HISTÓRICO DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE



Em 2015 aconteceu a 15ª CNS, com o tema: Saúde Pública de Qualidade. A próxima Conferência, em caráter ordinário, acontecerá em 2019.

A Conferência de Saúde é um espaço de discussão das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Acontecem, de forma ordinária, a cada 4 anos e, como fórum de discussão, avaliam e propõem mudanças ou novas políticas e programas de saúde para o país. Cada município deve realizar a conferência de saúde, onde serão eleitos os representantes que para participar da conferência estadual, onde serão eleitos os representantes que participarão, da Conferência Nacional de Saúde (SOUZA, 2016).

As conferências de saúde são espaços de discussão das políticas. A mais importante, para a construção e consolidação de um sistema único com participação popular, foi a VIII CNS que aconteceu em 1986, momento de consolidação da reforma sanitária e criação dos ideais do SUS.

2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por **representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários**, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A distribuição dos representantes é definida pela Resolução 453/12, que traz:⁴⁰



§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

⁴⁰ Fonte: www.pontodosconcursos.com.br

15 - (TRT REGIÃO SÃO PAULO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM-FCC-2018) O profissional de enfermagem, para executar corretamente a técnica de administração de medicamento por via intradérmica, deve, dentre outros cuidados, estar atento ao volume a ser injetado. O volume máximo indicado a ser introduzido por esta via é, em mL, de

- (A) 1,0.
- (B) 5,0.
- (C) 0,1.
- (D) 1,5.
- (E) 0,5.

16 - (TRT REGIÃO SÃO PAULO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM-FCC-2018) Em um ambulatório, o técnico de enfermagem que auxilia o enfermeiro na gestão de materiais realizou a provisão de materiais de consumo, que corresponde a

- (A) estabelecer a estimativa de material necessário para o funcionamento da unidade.
- (B) realizar o levantamento das necessidades de recursos, identificando a quantidade e a especificação.
- (C) repor os materiais necessários para a realização das atividades da unidade.
- (D) atualizar a cota de material previsto para as necessidades diárias da unidade.
- (E) sistematizar o mapeamento de consumo de material.

17 - (TRT REGIÃO SÃO PAULO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM-FCC-2018) Na pessoa idosa com depressão, um dos sintomas/sinais indicativo do chamado suicídio passivo é

- (A) o distúrbio cognitivo intermitente.
- (B) a recusa alimentar.
- (C) o aparecimento de discinesia tardia.
- (D) a adesão a tratamentos alternativos.
- (E) a súbita hiperatividade.

18 - (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018) Após o término de um pequeno procedimento cirúrgico, o técnico de enfermagem recolhe os materiais utilizados e separa aqueles que podem ser reprocessados daqueles que devem ser descartados, observando os princípios de biossegurança. A fim de destinar corretamente cada um dos referidos materiais, o técnico de enfermagem deve considerar como materiais a serem reprocessados aqueles destinados à

- (A) diérese, como tesoura de aço inox; e descarta na caixa de perfurocortante, materiais como agulhas com fio de sutura.
- (B) hemostasia, como pinça de campo tipo Backaus; e descarta no saco de lixo branco, materiais com sangue, como compressas de gaze.
- (C) diérese como porta-agulhas; e descarta no lixo comum parte dos fios cirúrgicos absorvíveis utilizados, como o catêgute simples.
- (D) síntese, como lâminas de bisturi; e descarta as agulhas na caixa de perfurocortante, após terem sido devidamente desconnectadas das seringas.
- (E) diérese, como cânula de uso único; e descarta no saco de lixo branco luvas de látex utilizadas.

19 - (TRT REGIÃO SÃO PAULO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM-FCC-2018) Na desinfecção da superfície de uma mesa de aço inox, onde será colocado uma bandeja com um pacote de curativo estéril, o técnico de enfermagem, de acordo com as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pode optar pela utilização dos seguintes produtos:

- (A) álcool a 70% aplicado sem fricção, por ser esporicida, desde que aguardado o tempo de evaporação recomendado, porém tem a desvantagem de ser inflamável.
- (B) ácido peracético a 0,2% por não ser corrosivo para metais, tendo como desvantagem não ser efetivo na presença de matéria orgânica.
- (C) hipoclorito de sódio a 1,0% por ser de amplo espectro, ter baixo custo e ação lenta, apresentando a desvantagem de não ter efeito tuberculocida.
- (D) álcool a 70% por ser, dentre outros, fungicida e tuberculocida, porém apresenta a desvantagem de não ser esporicida, além de ser poluente ambiental.
- (E) hipoclorito de sódio a 0,02% por não ser corrosivo para metais nesta concentração, ser fungicida de primeira escolha, tendo a desvantagem da instabilidade do produto na presença de luz solar.

20 - (TRT REGIÃO SÃO PAULO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM-FCC-2018) NO pós-operatório imediato de uma colaboradora que foi submetida a uma intervenção de colecistectomia, e já se encontra com respiração espontânea e sem sonda vesical, a assistência prestada pelo técnico de enfermagem inclui verificar e comunicar ao enfermeiro sinais e sintomas associados a seguinte alteração:

- (A) complicações do sistema digestório: náuseas e vômitos decorrente da administração de antieméticos.
- (B) hipertermia: coloração da pele, sudorese, elevação da temperatura, bradipneia e bradicardia.
- (C) retenção urinária: dificuldade do paciente para urinar, abaulamento em região suprapúbica e diurese profusa.
- (D) complicações respiratórias: acúmulo de secreções, ocasionado pela maior expansibilidade pulmonar devido à dor, exacerbação da tosse e eliminação de secreções.
- (E) hipotermia: confusão, apatia, coordenação prejudicada, mudança na coloração da pele e tremores.

21 - (TRT REGIÃO SÃO PAULO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM-FCC-2018) Um adulto de porte médio apresenta uma parada cardiorrespiratória (PCR) durante o período de trabalho em um Tribunal, onde recebe o suporte básico de vida (SBV), conforme as recomendações da American Heart Association (AHA), 2015. Nessa situação, ao proceder à ressuscitação cardiopulmonar (RCP) manual, recomenda-se aplicar compressões torácicas até uma profundidade de

- (A) 4,5 cm, no máximo, sendo esse limite de profundidade da compressão necessário, devido à recomendação de que se deve comprimir com força para que a mesma seja eficaz.
- (B) 5 cm, no mínimo, atentando para evitar apoiar-se sobre o tórax da vítima entre as compressões, a fim de permitir o retorno total da parede do tórax a cada compressão.
- (C) 6,5 cm, no mínimo, a fim de estabelecer um fluxo sanguíneo adequado, sem provocar aumento da pressão intratorácica.
- (D) 4 cm, no mínimo, objetivando que haja fluxo sanguíneo suficiente para fornecer oxigênio para o coração e cérebro.
- (E) 5 cm, ou menos, porque uma profundidade maior lesa a estrutura torácica e cardíaca.