



CÓD: OP-123AB-24
7908403552191

SUMARÉ-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE SUMARÉ - SÃO PAULO

Técnico de Enfermagem SMS

CONCURSO PÚBLICO CPPMS 001/2024

Língua Portuguesa

1. Ortografia.....	7
2. Estrutura e Formação das palavras. Derivação e Composição. Prefixos; Sufixos; Afixos; Radicais. Criação de palavras	7
3. Divisão Silábica. Encontros vocálicos; Encontros consonantais e dígrafo; Tonicidade das palavras; Sílabas tônicas	8
4. Fonética e fonologia: Conceitos básicos; Classificação dos fonemas. Fonemas e letras. Vogais; Semivogais.....	9
5. Substantivo; Adjetivo; Artigo; Numeral; Advérbio; Verbos; Conjugação de verbos; Pronomes; Preposição; Conjunção; Interjeição. Gênero, Número. Formas nominais; Locuções verbais. Vozes Verbais. Voz ativa; Voz passiva; Voz reflexiva. Formas verbais seguidas de pronomes; Flexão nominal e verbal; Emprego de locuções. Sintaxe de Colocação.....	11
6. Frases. Sujeito e predicado. Termos ligados ao verbo: Adjunto adverbial, Agente da Passiva, Objeto direto e indireto; Termos Essenciais da Oração; Termos Integrantes da Oração; Termos Acessórios da Oração; Orações Coordenadas e Subordinadas; Período. Predicação verbal. Aposto; Vocativo	17
7. Sinais de Pontuação. Uso do travessão.....	18
8. Acentuação	20
9. Relação entre palavras. Sinônimos, homônimos e antônimos. Denotação e Conotação	20
10. Uso da crase.....	21
11. Sintaxe de Concordância. Concordância nominal; Concordância verbal	21
12. Sintaxe de Regência. Regência verbal; Regência nominal.....	23
13. Uso do hífen.....	24
14. Funções e Empregos das palavras “que” e “se”	25
15. Uso do “Porquê”	26
16. Tipos de Discurso. Discurso direto e indireto.....	26
17. Imagens.....	28
18. Pessoa do discurso.....	28
19. Relações entre nome e personagem	29
20. História em quadrinhos	29
21. Relação entre ideias.....	30
22. Intensificações	30
23. Provérbios.....	30
24. Expressões ao pé da letra	30
25. Palavras e ilustrações.....	31
26. Associação de ideias	31
27. Oposição	31
28. Eufemismo; Hipérbole; Ironia; Prosopopeia; Catacrese; Paradoxo; Metonímia; Elipse; Pleonasma; Silepse; Antítese; Sinestesia. Onomatopeias; Aliteração; Assonância; Repetições. Personificação; Metáfora. Comparações.....	32
29. Vícios de Linguagem	34
30. ANÁLISE, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO	35
31. Tipos de Comunicação: Descrição; Narração; Dissertação	43
32. Coesão Textual.....	52

Matemática e Raciocínio Lógico

1. Números inteiros; Números Naturais; Numeração decimal; Operações fundamentais como: Adição, Subtração, Divisão e Multiplicação; Simplificação; Conjunto de números: naturais, inteiros, racionais, irracionais, reais, operações, expressões (cálculo)	61
2. Medindo o tempo: horas, minutos e segundos	67
3. Problemas matemáticos	67
4. radiciação.....	70
5. potenciação	73
6. máximo divisor comum; mínimo múltiplo comum.....	74
7. Sistema de medidas: medidas de comprimento, superfície, volume, capacidade, tempo, massa, m ² e metro linear; problemas usando as quatro operações	75
8. Matemática Financeira; Porcentagem; Juros Simples e Composto; Regras de três simples e composta	77
9. Sistema Monetário Nacional (Real)	83
10. Equação de 1º grau: resolução; problemas de 1º grau; Inequações do 1º grau; Equação de 2º grau: resolução das equações completas, incompletas, problemas do 2º grau; Equações fracionárias.....	85
11. Relação e Função: domínio, contradomínio e imagem; Função do 1º grau; função constante; Função do 2º grau.....	88
12. Razão e Proporção; Grandezas Proporcionais.....	120
13. Expressões Algébricas.....	121
14. Fração Algébrica.....	122
15. Sistemas de numeração	124
16. Operações no conjunto dos números naturais; Operações fundamentais com números racionais.....	129
17. Múltiplos e divisores em N	132
18. Radiciação.....	132
19. Conjunto de números fracionários	132
20. Operações fundamentais com números fracionários; Problemas com números fracionários; Números decimais	132
21. Geometria Analítica; Geometria Espacial; Geometria Plana: Plano, Área, Perímetro, ngulo, Reta, Segmento de Reta e Ponto.....	132
22. Teorema de Tales	143
23. Teorema de Pitágoras	144
24. Noções de trigonometria.....	144
25. Relação entre grandezas: tabelas e gráficos	151
26. Progressão Aritmética (PA) e Progressão Geométrica (PG)	154
27. Sistemas Lineares.....	158
28. Números complexos	167
29. Função exponencial: equação e inequação exponencial; Função logarítmica.....	174
30. Análise combinatória	181
31. Probabilidade.....	184
32. Estatística	186
33. Trigonometria da 1ª volta: seno, cosseno, tangente, relação fundamental	187
34. Avaliação de sequência lógica e coordenação viso-motora, orientação espacial e temporal, formação de conceitos, discriminação de elementos, reversibilidade, sequência lógica de números, letras, palavras e figuras. Problemas lógicos com dados, figuras e palitos. Compreensão do processo lógico que, a partir de um conjunto de hipóteses, conduz, de forma válida, a conclusões determinadas. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios; deduzir novas informações das relações fornecidas e avaliar as condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações. Compreensão e elaboração da lógica das situações por meio de: raciocínio verbal, raciocínio matemático, raciocínio quantitativo e raciocínio sequencial.....	187

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem SMS

1. Fundamentos de enfermagem.....	213
2. Conhecimentos de anatomia e fisiologia humana.....	219
3. Assistência de enfermagem no atendimento às necessidades do paciente hospitalizado.....	253
4. Primeiros socorros: lesões de tecidos moles (contusão, escoriação, ferimentos), ressuscitação cárdio respiratório, lesões traumato-ortopédica (fraturas, luxações, entorse).....	259
5. Enfermagem em urgência e emergência, assistência de enfermagem ao paciente na uti ou cti.....	275
6. Cuidados de enfermagem cirúrgica: sala de cirurgia, material, uniforme, tipos de cirurgias, dreno torácico, recuperação pós-anestésica, diálise peritoneal.....	322
7. Assistência ao exame físico: métodos de exames, material, preparo do paciente, posições para exames, e observações.....	330
8. O paciente e o hospital: sinais vitais: temperatura, pulso, respiração, pressão arterial, quadro gráfico.....	333
9. Enfermagem neuropsiquiátrica e em saúde pública: definição, histórico, objetivos, imunização.....	341
10. Doenças provocadas por vermes (meios de transmissão e profilaxia), ocorrências de outras doenças ligadas a saúde pública.....	353
11. Cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias.....	355
12. Higiene, profilaxia, assepsia, desinfecção e esterilização, métodos e cuidados.....	376
13. Administração de medicamentos: métodos, vias, regras gerais, diluição.....	383
14. Oxigenoterapia.....	392
15. Curativos.....	399
16. Coletas de amostras para exames laboratoriais.....	401
17. Microbiologia e parasitologia.....	412
18. Nutrição e dieta dos pacientes.....	424
19. Assistência de enfermagem em doenças crônicas degenerativas: diabetes e hipertensão.....	426
20. Cuidados de enfermagem a pessoas com afecções do sistema gastrointestinal, cardiovascular, respiratória e hematológico.....	435
21. Assistência de enfermagem em doenças transmissíveis dst/aids.....	441
22. Cuidados com o recém-nascido; aleitamento materno; crescimento e desenvolvimento; doenças mais frequentes na infância.....	445
23. Atendimento de enfermagem à saúde da criança e adolescente; principais riscos de saúde na adolescência.....	462
24. Atendimento de enfermagem à saúde da mulher, planejamento familiar; pré-natal, parto e puerpério; climatério; prevenção do câncer cérvicouterino.....	465
25. Atendimento ao idoso.....	497
26. Saúde pública.....	508
27. Administração aplicada à enfermagem; noções de administração de unidade; trabalho em equipe.....	508
28. Lei do exercício profissional.....	519
29. Ética profissional.....	521
30. Sistema único de saúde - sus: (princípios e diretrizes), conceitos, fundamentação legal, diretriz e princípios.....	527
31. Participação popular e controle social; a organização social e comunitária; o conselho de saúde.....	538
32. A assistência e o cuidado dos técnicos de enfermagem ao longo do ciclo vital.....	539
33. O exercício profissional do técnico de enfermagem.....	539
34. Equipe de saúde.....	539
35. Educação para a saúde.....	539
36. O trabalho com grupos.....	548

ÍNDICE

37. Reorganização dos serviços de saúde: psf e pacs	550
38. Vigilância epidemiológica e sanitária.....	563
39. Todo conteúdo programático do curso de técnico em enfermagem. (Currículo básico).....	566

Contudo, para a condução de nossa reflexão assumimos que o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível, exigindo alto nível de sensibilidade para as manifestações verbais e não verbais do cliente que possam indicar ao enfermeiro suas necessidades individuais.

Portanto, consideramos que a promoção de um cuidado holístico que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional perpassa por um processo comunicativo eficaz entre enfermeiro-cliente. Todavia entendemos que o processo de comunicação se constrói de diferentes formas, e que para haver comunicação a expressão verbal (através do uso das palavras) ou não verbal (a postura, as expressões faciais, gestos, aparência e contato corporal) de um dos sujeitos, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro.

Caso isso não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e consequentemente comprometendo o cuidado. Waldow deixa claro que o cuidar se inicia de duas formas: como um modo de sobreviver e como uma expansão de interesse e carinho. Assim, o primeiro faz-se notar em todas as espécies animais e sexos, e o segundo ocorre exclusivamente entre os humanos, considerando sua capacidade de usar a linguagem, entre outras formas, para se comunicar com os outros.

Para aperfeiçoar uma assistência mais holística a equipe de enfermagem pode estabelecer estratégias de cuidados para atingir seus objetivos. Contudo, ratificamos uma vez mais que a comunicação é o elemento chave para a construção de qualquer estratégia que almeje o cuidado emocional. Alguns autores têm identificado que problemas de comunicação ou comunicação insatisfatória entre enfermeiro e cliente, especialmente quando relacionados a clientes terminais, devido ao medo da morte, ansiedade do enfermeiro sobre a habilidade do cliente de enfrentar a doença, falta de tempo, falta de treinamento de como interagir com estes clientes, e ansiedade sobre as consequências negativas para os clientes têm repercutido no estabelecimento de uma melhor interação enfermeiro-cliente.

Portanto, se faz relevante que o enfermeiro possa submeter-se a treinamentos relacionados à habilidade de comunicação.

Heaven & Maguire realizaram uma sondagem pré-teste, concederam treinamento sobre habilidades comunicativas aos enfermeiros e realizaram um pós-teste. Ao final do estudo os autores identificaram que a habilidade de comunicação do enfermeiro melhorou de forma significativa após o treinamento. Wilkinson et al e Kruijver et al encontraram que após um treinamento dessa natureza as enfermeiras melhoraram a avaliação dos problemas do cliente e do conteúdo emocional revelados pelo mesmo.

Além de uma educação continuada relacionada à comunicação sugerimos a visita diária de enfermagem como um importante artifício para identificar o nível de necessidade de segurança, amor, autoestima, espiritualidade e biofisiológico do cliente. É a partir da visita de enfermagem que o enfermeiro estabelece um processo de comunicação com o cliente possibilitando o esclarecimento de dúvidas quanto à evolução e prognóstico do cliente, aos procedimentos a serem realizados, normas e rotinas da instituição ou unidade de internação e estrutura física hospitalar, desempenhando um importante papel na redução dos quadros de tensão e ansiedade que repercutem no quadro clínico do cliente.

Do contrário uma inviabilização do processo comunicativo na relação profissional-cliente, pode desencadear situações de estresse. Santos refere que os diálogos ocorridos junto à cama do cliente,

repletos de termos técnicos, geralmente inacessíveis, são interpretados pelo cliente conforme seu conhecimento, e o impacto emocional da postura silenciosa de enfermeiros e médicos, podem agravar ainda mais o estado de ansiedade e tensão. Portanto, atitudes como estas devem ser evitadas durante toda a internação, na tentativa de minimizar seu impacto na qualidade assistencial do cliente no momento em que este se encontra mais fragilizado.

Destarte para uma melhor qualidade dos serviços de saúde é vital conhecer não só a visão do cliente, mas também da família de forma a estarmos sensíveis para oferecer um cuidado que atenda às expectativas do cliente e da família diminuindo a repercussão do estresse e ansiedade no processo de hospitalização.

Segundo Wright & Leahey “a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá para o bem-estar e a saúde de seus membros bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem”.

A promoção do cuidado emocional tem alcançado resultados positivos na sobrevida do cliente. McCorkle et al realizaram um estudo correlacionando os sintomas de estresse e as intervenções de cuidado do emocional. Os autores encontraram uma relação estatisticamente significante entre os sintomas e as intervenções revelando que os clientes que morreram mais precocemente foram aqueles que receberam menos intervenções de cuidado emocional.

A partir dessas evidências ratificamos a importância do cuidado emocional para a recuperação e sobrevida do cliente hospitalizado, todavia, não devemos nos esquecer em momento algum o cuidado técnico-científico. Na realidade, essas diferentes dimensões do cuidado devem caminhar juntas, se complementando harmonicamente.

Para prestarmos o cuidado emocional é necessário sermos bons ouvintes, expressando um olhar atencioso, tocando e confortando os nossos clientes, e recuperando sua autoestima.

Quanto aos efeitos comportamentais do tocar, olhar e do ouvir, estes apresentam contribuição essencial à segurança, proteção e autoestima de uma pessoa. Segundo Montagu, o tocar desenvolve ostensivas vantagens em termos de saúde física e mental. Tocar alguém com a intenção de que essa pessoa se sinta melhor, por si só já é terapêutico, portanto o ato de tocar alguém é confortável e faz parte do cuidado emocional.

Consideramos que o cuidado emocional ao cliente hospitalizado se faz de suma importância para a melhoria da qualidade de vida, não só do cliente, mas de sua família. Enfatizamos a importância da visita de enfermagem com uma abordagem sistematizada visando um atendimento holístico como uma oportunidade de promover o cuidado emocional. Essa sistematização do cuidado deve estar registrada, de forma a proporcionar uma comunicação efetiva entre os membros da equipe de saúde e a avaliação da eficácia do cuidado prestado ao cliente, contribuindo para um melhor nível assistencial.

Devemos enxergar o cliente hospitalizado como um ser complexo que possui necessidades no âmbito bio-psico-sócio-espiritual e emocional o qual se encontra fragilizado pela doença. Porém, essa pessoa ainda mantém a sua individualidade, e na maioria das vezes é capaz de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser prestado. E os enfermeiros devem estar sensibilizados para perceber essa in-

As ações de documentação foram conduzidas pelo Centro de Documentação do MS (Cf. Portaria nº 48 já citada) que incluía Biblioteca e Serviço de Intercâmbio Científico até a publicação da Portaria de nº 413 de 21 de agosto de 1987, já citada, quando, o Centro de Documentação - CD passou a conter as Divisões de Biblioteca - DIBIB; de Intercâmbio Científico - DINCI e de Editoração Técnica e Científica - DEDIC.

Quanto à educação em saúde, conforme consta nos documentos disponíveis no Ministério, verifica-se que suas ações eram desenvolvidas em nível nacional pela Divisão Nacional de Educação em – DNES e nos estados pelas Secretarias Estaduais de Saúde Em 1989, às Diretrizes de Ação Educativa em Saúde foram elaboradas com o objetivo de assegurar uma concepção metodológica de ação participativa em conformidade com os princípios do SUS.

Contudo, como resultado da reforma administrativa, ocorrida no MS em 1990, a DNES foi extinta, o que ocasionou uma ruptura das ações empreendidas nos estados, provocando uma desestruturação da área. A Coordenação de Educação em Saúde - COESA, vinculada à SAS, então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - SNAS, passou a ser o órgão de referência para as questões de educação em saúde no MS. Como estratégia para resgate das experiências existentes e avaliação das iniciativas na área, foi realizado o Seminário Internacional de Educação para a Saúde, em Brasília-DF, que reuniu consultores do Brasil, Colômbia, Argentina, México e Estados Unidos.

A Coordenação de Educação em Saúde - COESA, na ocasião, elaborou um documento - Plano Estratégico de Educação para a Saúde - com as diretrizes gerais de uma concepção de educação em saúde, baseada nas práticas educativas do setor, e que apontava os seguintes entraves:

- verticalidade das ações;
- descontinuidade dos programas;
- predominância do enfoque biologista e mecanicista;
- desarticulação dos saberes (técnico e popular);
- redução da ação educativa à veiculação de campanhas publicitárias e massificação de informações sem criar mecanismos de retorno;
- projetos e programas de saúde organizados à margem da população e sem a sua participação;
- ausência de uma unidade conceitual, configurando “equivocos em torno dos conceitos de informação, promoção, comunicação, divulgação, os quais são geralmente assimilados como educação”

Este diagnóstico forneceu subsídios para uma proposta pedagógica de Educação para Participação em Saúde, tendo como instrumento metodológico a Didática de Apropriação do Conhecimento¹⁰ que concebe a educação como processo, privilegia a relação dialógica entre os saberes popular e científico, fundamenta-se na ação-reflexão-ação, possibilita a participação e a organização das comunidades, e oportuniza o compromisso dos indivíduos com o desenvolvimento.

A operacionalização deste modelo pedagógico, iniciada pela COESA nos anos de 1991 e 1992, por meio da realização de oficinas de trabalho para a formação de multiplicadores na DACO, teve o objetivo de compor um núcleo difusor da concepção da Educação para a Participação em Saúde.

Com a extinção da COESA, em 1992, verificou-se uma nova ruptura nas ações de educação em saúde no MS, que passou a não mais dispor, na sua estrutura administrativo-organizacional, de um

espaço para a continuidade deste trabalho e, sobretudo, de técnicos e recursos específicos para estas atividades. As dificuldades que se seguiram resultaram da ausência de um setor de referência e contra-referência técnico-científico, bem como de uma política nacional na área, que garantisse suporte às demandas do SUS. Apesar disto, alguns setores e autarquias vinculadas ao MS continuaram desenvolvendo ações de educação em saúde, a exemplo da Fundação Nacional de Saúde, que dispõe de um setor próprio, a Coordenação de Comunicação, Educação e Documentação - COMED.

No que se refere à comunicação, registra-se uma associação da educação sanitária com as técnicas de propaganda, que era utilizada como instrumento de apoio às ações de combate aos vetores de endemias, na “técnica rotineira de ação, ao contrário do critério puramente fiscal e policial até então utilizado”.¹¹ Tal registro remonta desde a época de criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, embrião da estrutura que viria a constituir o Ministério da Saúde, em 1953.

Os documentos disponíveis sobre atividades de comunicação social no MS referem-se ao início da década de 80. Naquela época, a Coordenação de Comunicação Social era uma unidade gestora sem verbas próprias, ligada diretamente ao Ministro da Saúde. Face aos índices alarmantes de poliomielite, o setor foi incumbido de fazer a mobilização nacional para vacinação maciça da população, atividade que veio a tomar-se prática comum nos anos que se seguiram, em função dos resultados positivos. Esta decisão de realizar grandes campanhas, como forma de mobilização popular, provocou uma reação por parte daqueles que defendiam as ações de rotina, cujo objetivo era fazer com que as pessoas utilizassem sistematicamente o serviço de saúde. Para eles, ações pontuais deseducariam a população, pois representavam uma contraposição às ações de rotina.

Ao lado das atividades de assessoria de imprensa e da elaboração e produção (texto, imagem, vídeo e som) destas campanhas, a Coordenação de Comunicação Social desenvolvia ações conjuntas com setores do MS: a extinta Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS, e a também extinta Fundação de Serviços de Saúde Pública - FSESP.

Em 1985, após a reforma administrativa feita no MS, a Coordenação de Comunicação Social passou a ser vinculada à Secretaria Geral, que hoje equivale hierarquicamente à Secretaria-Executiva. Algum tempo depois, o setor passou a ser denominado Assessoria de Comunicação Social - ASCOM, vinculada ao Gabinete do Ministro, a quem o IEC foi integrado administrativamente, a partir de janeiro de 1995. Nesta mesma época, iniciou-se uma reestruturação da Assessoria que, ao lado dos já existentes núcleos de Jornalismo e Publicidade, incorporou o núcleo de Editoração como resultado de uma reorganização dos setores gráficos do Ministério.

Hoje, a ASCOM através de um processo de articulação de setores afins do MS elegeu como diretrizes o planejamento compartilhado, a regionalização das ações e a integração das áreas de comunicação e educação, na perspectiva de elaborar uma política nacional. Com a criação do Conselho Editorial do MS, o setor vem também concentrando esforços para a adoção de uma política editorial e a normatização de procedimentos nesta área, através da participação de técnicos dos diversos setores do Ministério, incluindo os da administração indireta.

Objetivos

Geral

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Específicos

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social

Diretrizes Operacionais

As diretrizes a serem seguidas para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais.

Caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização

A unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados.

Corresponde aos estabelecimentos denominados, segundo classificação do Ministério da Saúde, como Centros de Saúde. Os estabelecimentos denominados Postos de Saúde poderão estar sob a responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de Saúde da Família. Unidade de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.

Adscrição da clientela

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abran-

gência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sociopolítica e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local.

Cadastramento

As equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial pré-estabelecida para a adscrição. Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essas famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde/ equipe com a comunidade, a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento possibilitará que, além das demandas específicas do setor saúde, sejam identificados outros determinantes para o desencadeamento de ações das demais áreas da gestão municipal, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida da população.

Instalação das unidades de Saúde da Família

As unidades de Saúde da Família deverão ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal em áreas que não possuem nenhum equipamento de saúde. Por sua vez, a área física das unidades deverá ser adequada à nova dinâmica a ser implementada.

O número de profissionais de cada unidade deve ser definido de acordo com os seguintes princípios básicos:

- Capacidade instalada da unidade
- Quantitativo populacional a ser assistido
- Enfrentamento dos determinantes do processo saúde/ doença
- Integralidade da atenção
- Possibilidades locais

Composição das equipes

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a estas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem, igualmente, residir nas suas respectivas áreas de atuação.

- Utilização dos meios de comunicação de massa como espaços privilegiados para a disseminação da proposta e divulgação de experiências bem sucedidas - que funcionam como fator mobilizador para adesão à proposta.

- Envolvimento das instituições formadoras de recursos humanos para o SUS, uma vez que Saúde da Família significa a criação de um novo mercado de trabalho que requer profissionais com perfil adequado a essa nova prática de trabalho.

- Ênfase na comunicação, informação e sensibilização junto aos profissionais de saúde

Adesão

a) Município

Estar habilitado em alguma condição de gestão (NOB/93 ou NOB/96) é critério básico para a implantação da estratégia de Saúde da Família. O município que decide optar pelo PSF, enquanto estratégia de reorientação do seu modelo de atenção básica, deve elaborar projeto para implantação da(s) equipe(s) nas unidades básicas de saúde, sempre observando os elementos fundamentais do modelo de Saúde da Família. Esse projeto deve ser posteriormente submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde; sendo aprovado, deve ser encaminhado pelo gestor municipal à Secretaria de Estado da Saúde, que irá analisá-lo e submetê-lo à apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Considerado apto nesse nível, será realizado o cadastramento das unidades de Saúde da Família, segundo regulamentação da Norma Operacional Básica em vigência.

b) Estado

A Secretaria de Estado da Saúde submete sua proposta de adoção da estratégia de Saúde da Família à apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Para viabilização da proposta, devem ser pactuadas as estratégias de apoio técnico aos municípios, bem como a inclusão de seu financiamento na programação dos tetos financeiros dos estados e municípios. Cabe à instância de gestão estadual assumir, através de assessorias às atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação das unidades de Saúde da Família, a corresponsabilidade pela implantação da estratégia de Saúde da Família, bem como o processo de capacitação e educação continuada dos profissionais envolvidos.

Recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos

A partir da definição da composição de suas equipes, o município deve planejar e executar o processo de recrutamento e seleção dos profissionais, contando com a assessoria da Secretaria de Estado e ou instituição de formação de recursos humanos. Como todo processo seletivo, deve ser dada atenção a identificação do perfil profissional não apenas em termos de exigências legais, mas de proximidade com o campo de atuação específico do PSF. Os critérios para identificação dessas habilidades devem ser justos e apresentar aos candidatos boa comunicabilidade e compreensibilidade.

Existem várias formas de seleção que podem ser utilizadas, isoladamente ou associadas, entre elas:

- Prova escrita ou de múltipla escolha, contemplando o aspecto de assistência integral à família (do recém-nascido ao idoso), com enfoque epidemiológico.

- Prova prática de atendimento integral à saúde familiar e comunitária.

- Prova teórico-prática de descrição do atendimento a uma situação simulada.

- Entrevista, com caráter classificatório, visando a seleção de profissionais com perfil adequado.

- Análise de currículo, sobretudo referente às atividades afins às propostas contidas no PSF, também com o intuito de avaliar a experiência e o perfil adequados para o exercício da função.

Especial atenção deve ser dada à composição das bancas, que devem estar afinadas com os princípios éticos da função de selecionar profissionais e os objetivos e concepção que norteiam o PSF. A análise de cada situação local definirá o melhor critério de seleção, que seja ao mesmo tempo viável e satisfatório. A remuneração dos profissionais deve ser objeto de uma política diferenciada e adaptada às características locais, de modo a garantir a dedicação e disponibilidade necessárias ao bom desempenho de suas tarefas. Cada município decidirá sobre a modalidade de contratação de seus profissionais.

Capacitação das equipes

Para o efetivo alcance dos objetivos da estratégia do Programa Saúde da Família, faz-se necessário que as ações e serviços de saúde sejam desenvolvidas por profissionais capacitados, que possam assumir novos papéis e responsabilidades. O processo de capacitação desses profissionais deve apresentar um conjunto de atividades capazes de contribuir para o atendimento das necessidades mais imediatas, bem como garantir a continuidade da formação profissional para o aprimoramento e melhoria da capacidade resolutiva das equipes de saúde.

Treinamento Introdutório

O período introdutório do processo de capacitação deve prever a integração das equipes e a compreensão do objeto de trabalho dos profissionais. Nessa etapa, devem ser trabalhados os aspectos gerais das atividades a serem desenvolvidas pelas equipes - no seu caráter assistencial, gerencial e administrativo - e o conteúdo programático deve estar adaptado às necessidades locais, tanto dos serviços quanto da característica de formação dos profissionais e do perfil epidemiológico da região. A metodologia do ensino em serviço deve ser considerada a melhor alternativa. Estima-se que duas semanas representem um período suficiente para o desenvolvimento desse trabalho. É importante ter a consciência de que o treinamento introdutório não abrange todas as carências, devendo traduzir-se como uma inauguração do processo de educação continuada, que sistematizará as necessidades de informação e capacitação das equipes.

Educação continuada e ou permanente

O processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, atendendo às necessidades que o dinamismo dos problemas traz às equipes. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um mecanismo importante no desenvolvimento da própria concepção de equipe e da criação de vínculos de responsabilidade com a população assistida, que fundamenta todo o trabalho da estratégia do Programa Saúde da Família. Da mesma forma que o planejamento local das ações de saúde responde ao princípio de participação ampliada, o planejamento das ações educativas deve ser baseado nessa percepção. Ou seja, adequado às peculiaridades locais e regionais, utilização dos recursos técnicos disponíveis e integração com as universidades e

XV. - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II. - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III. - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV. - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V. - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII. - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII. - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX. - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X. - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI. - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica

vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se tiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II. - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV. - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

A notificação é realizada através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é alimentado pelas instituições de saúde. O SINAN apresenta a lista de doenças e agravos do Ministério da Saúde, entretanto, é facultado a municípios e estados incluir a notificação de outras doenças se o achar necessário.

A utilização do SINAN facilita a vigilância epidemiológica nacional a realização do diagnóstico dinâmico, podendo observar a incidência dentro de um determinado espaço geográfico e, assim, analisando sua realidade epidemiológica.

Outra funcionalidade do SINAN é permitir que todos os profissionais de saúde tenham acesso a informação. Dessa forma, favorece o planejamento de saúde, auxilia da definição de prioridades e na avaliação do impacto das intervenções adotadas.

TODO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO CURSO DE TÉCNICO EM ENFERMAGEM. (CURRÍCULO BÁSICO)

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

QUESTÕES

1 - (PREF DE MACAPÁ- TÉCNICO DE ENFERMAGEM- FCC- 2018) Processo físico ou químico que destrói microrganismos patogênicos na forma vegetativa, micobactérias, a maioria dos vírus e dos fungos, de objetos inanimados e superfícies. Essa é a definição de

- (A) desinfecção pós limpeza de alto nível.
- (B) desinfecção de alto nível.
- (C) esterilização de baixo nível.
- (D) barreira técnica.
- (E) desinfecção de nível intermediário.

2 - (PREFEITURA DE MACAPÁ- TÉCNICO EM ENFERMAGEM- FCC- 2018) Foi prescrito pelo médico uma solução glicosada a 10%. Na solução glicosada, disponível na instituição, a concentração é de 5%. Ao iniciar o cálculo para a transformação do soro, o técnico de enfermagem deve saber que, em 500 mL de Soro Glicosado a 5%, o total de glicose, em gramas, é de

- (A) 5.
- (B) 2,5.
- (C) 50.
- (D) 25.
- (E) 500

3 - (TRT REGIÃO SÃO PAULO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM- FCC- 2018) Com relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerando as atribuições de cada categoria profissional de enfermagem, compete ao técnico de enfermagem, realizar

- (A) a prescrição de enfermagem, na ausência do enfermeiro.
- (B) o exame físico.
- (C) a anotação de enfermagem.
- (D) a consulta de enfermagem.
- (E) a evolução de enfermagem dos pacientes de menor complexidade.

4- (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.

5 - (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.

6 - (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.

7 - (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 catégute 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.