



CONCURSO PÚBLICO

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

GHC/RS

COMUM AOS CARGOS DE NÍVEL TÉCNICO:

PROGRAMADOR, TÉCNICO DE ENFERMAGEM (INTENSIVISTA NEONATAL, INTENSIVISTA PEDIÁTRICO, OBSTETRÍCIA, MEDICINA NUCLEAR, RADIOTERAPIA), TÉCNICO EM ELETRÔNICA, TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL E TÉCNICO EM SEGURANÇA DO TRABALHO

MATERIAL ELABORADO DE ACORDO COM EDITAL DE ABERTURA N°01/2020

GRÁTIS

CONTEÚDO EXTRA
ONLINE

- ✓ LÍNGUA PORTUGUESA
- ✓ INFORMÁTICA
- ✓ POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
- ✓ CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
(PARTE COMUM)



OP-034MR-20
CÓD.: 7891182029889

Grupo Hospital Conceição- GHC

Comum aos Cargos de Nível Técnico:

Programador, Técnico de Enfermagem
(Intensivista Neonatal, Intensivista Pediátrico, Obstetrícia,
Medicina Nuclear, Radioterapia), Técnico em Eletrônica,
Técnico em Saúde Bucal e Técnico em Segurança do
Trabalho

Língua Portuguesa

1. Leitura e compreensão de textos: 1.1 Assunto. 1.2 Estruturação do texto. 1.3 Ideias principais e secundárias. 1.4 Relação entre as ideias. 1.5 Efeitos de sentido. 1.6 Figuras de linguagem. 1.7 Recursos de argumentação. 1.8 Informações implícitas: pressupostos e subentendidos.	01
1.9 Coesão e coerência textuais.	19
2. Léxico: 2.1 Significação de palavras e expressões no texto. 2.2 Substituição de palavras e de expressões no texto.	21
2.3 Estrutura e formação de palavras.	23
3. Aspectos linguísticos: 3.1 Relações morfossintáticas.	25
3.2 Ortografia: emprego de letras e acentuação gráfica sistema oficial vigente (inclusive o Acordo Ortográfico vigente, conforme Decreto 7.875/12).	66
3.3 Relações entre fonemas e grafias. 3.4 Flexões e emprego de classes gramaticais. 3.5 Vozes verbais e sua conversão.	25
3.6 Concordância nominal e verbal.	71
3.7 Regência nominal e verbal (inclusive emprego do acento indicativo de crase).	77
3.8 Coordenação e subordinação: emprego das conjunções, das locuções conjuntivas e dos pronomes relativos.	84
3.9 Pontuação.	92

Informática

1. CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS XP: (1) Área de Trabalho (Exibir, Classificar, Atualizar, Resolução da tela, Gadgets) e Menu Iniciar (Documentos, Imagens, Computador, Painel de Controle, Dispositivos e Impressoras, programa Padrão, Ajuda e Suporte, Desligar, Todos os programas, Pesquisar programa e Arquivos e Ponto de Partida): saber trabalhar, exibir, alterar, organizar, classificar, ver as propriedades, identificar, usar e configurar, utilizando menus rápidos ou suspensos, painéis, listas, caixa de pesquisa, menus, ícones, janelas, teclado e/ou mouse; (2) Propriedades da Barra de Tarefas, do Menu Iniciar e do Gerenciador de Tarefas: saber trabalhar, exibir, alterar, organizar, identificar, usar, fechar programa e configurar, utilizando as partes da janela (botões, painéis, listas, caixa de pesquisa, caixas de marcação, menus, ícones e etc.), teclado e/ou mouse; (3) Janelas (navegação no Windows e o trabalho com arquivos, pastas e bibliotecas), Painel de Controle e Lixeira: saber exibir, alterar, organizar, identificar, usar e configurar ambientes, componentes da janela, menus, barras de ferramentas e ícones; usar as funcionalidades das janelas, programa e aplicativos utilizando as partes da janela (botões, painéis, listas, caixa de pesquisa, caixas de marcação, menus, ícones e etc.), teclado e/ou mouse; (4) Bibliotecas, Arquivos, Pastas, Ícones e Atalhos: realizar ações e operações sobre bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos: localizar, copiar, mover, criar, criar atalhos, criptografar, ocultar, excluir, recortar, colar, renomear, abrir, abrir com, editar, enviar para, propriedades e etc.; e (5) Nomes válidos: identificar e utilizar nomes válidos para bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos.	01
2. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT WORD 2010: (1) Ambiente e Componentes do Programa: saber identificar, caracterizar, usar, alterar, configurar e personalizar o ambiente, componentes da janela, funcionalidades, menus, ícones, barra de ferramentas, guias, grupos e botões, incluindo número de páginas e palavras, erros de revisão, idioma, modos de exibição do documento e zoom; (2) Documentos:	

abrir, fechar, criar, excluir, visualizar, formatar, alterar, salvar, configurar documentos, utilizado as barras de ferramentas, menus, ícones, botões, guias e grupos da Faixa de Opções, teclado e/ou mouse; (3) Barra de Ferramentas: identificar e utilizar os botões e ícones das barras de ferramentas das guias e grupos Início, Inserir, Layout da Página, Referências, Correspondências, Revisão e Exibição, para formatar, personalizar, configurar, alterar e reconhecer a formatação de textos e documentos; e (4) Ajuda: saber usar a Ajuda... .11

3. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT EXCEL 2010: (1) Ambiente e Componentes do Programa: saber identificar, caracterizar, usar, alterar, configurar e personalizar o ambiente, componentes da janela, funcionalidades, menus, ícones, barra de ferramentas, guias, grupos e botões; (2) Elementos: definir e identificar célula, planilha e pasta; saber selecionar e reconhecer a seleção de células, planilhas e pastas; (3) Planilhas e Pastas: abrir, fechar, criar, visualizar, formatar, salvar, alterar, excluir, renomear, personalizar, configurar planilhas e pastas, utilizar fórmulas e funções, utilizar as barra de ferramentas, menus, ícones, botões, guias e grupos da Faixa de Opções, teclado e/ou mouse; (4) Barra de Ferramentas: identificar e utilizar os ícones e botões das barras de ferramentas das guias e grupos Início, Inserir, Layout da Página, Fórmulas, Dados, Revisão e Exibição, para formatar, alterar, selecionar células, configurar, reconhecer a formatação de textos e documentos e reconhecer a seleção de células; (5) Fórmulas: saber o significado e resultado de fórmulas; e (6) Ajuda: saber usar a Ajuda.....18

4. GOOGLE CHROME VERSÃO ATUALIZADA: (1) Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; (2) Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Google Chrome. 5. MOZZILLA FIREFOX VERSÃO ATUALIZADA: (1) Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; (2) Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Mozilla Firefox. 6. INTERNET EXPLORER 11: (1) identificar o ambiente, características e componentes da janela principal do Internet Explorer; (2) identificar e usar as funcionalidades da barra de ferramentas e de status; (3) identificar e usar as funcionalidades dos menus; (4) identificar e usar as funcionalidades das barras de Menus, Favoritos, Botões do Modo de Exibição de Compatibilidade, Barra de Comandos, Barra de Status; e (5) utilizar teclas de atalho para qualquer operação.28

Políticas Públicas de Saúde

1. Política Nacional de Atenção Básica aprovada pelo Ministério da Saúde do Brasil.01
Diretrizes e Normas para a Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE.....26
Portaria MS número 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).01

2. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências.....47

3. Pacto pela Saúde 2006 e consolidação do SUS. BRASIL. Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. .57

4. Estatuto da Criança e do Adolescente. BRASIL. Lei no 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1991.....80

5. Constituição Federal: Artigos 196, 197, 198, 199 e 200..... 119

6. Organização do Sistema Único de Saúde - SUS, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação

interfederativa. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	121
7. Lei Orgânica da Saúde e condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e suas alterações posteriores. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	125
8. Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	134

Conhecimentos específicos

(Parte Comum Somente para os Cargos TÉCNICO DE ENFERMAGEM - INTENSIVISTANEONATAL, INTENSIVISTAPEDIÁTRICO e OBSTETRÍCIA)

Atendimento a múltiplas vítimas.	01
Prevenção do trauma.	03
Biomecânica do trauma.	08
Avaliação e atendimento inicial às emergências.	14
Suporte Básico de Vida.	14
Trauma torácico.	25
Alterações Circulatórias.	28
Trauma abdominal.	32
Trauma Cranioencefálico.	37
Trauma raquimedular.	45
Trauma Musculoesquelético.	51
Trauma Térmico.	52
Trauma na Criança.	54
Trauma no Idoso.	58
Triagem, transporte, materiais e equipamentos para sala de emergência.	62
Queimaduras - tratamento e condutas de enfermagem.	65
Síndrome de Abstinência do álcool condutas de enfermagem.	68
Alterações metabólicas.	70
Psiquiatria e condutas de enfermagem/abordagem.	71
Administração de drogas em urgência e emergência.	74
ECG – alterações básicas.	77
Desfibrilação Automática Externa.	79
Acidentes com animais peçonhentos - suporte básico de vida/ suporte avançado de vida.	80
Cuidados e procedimentos gerais desenvolvidos pelo profissional Técnico de Enfermagem.	87
O que são DSTs, sintomas, modos de transmissão.	88
AIDS: Sintomas e fases da doença, tratamento.	93

Hepatites: vacinas disponíveis, sintomas da doença.....	96
Câncer do colo de útero e mamas: Prevenção, detecção precoce, tratamento fornecido pela equipe de saúde, sintomas da doença.....	99
Lavagem das mãos e suas implicações.....	101
Responsabilidade ética e profissional em Enfermagem.....	105
Cuidados de enfermagem com movimentação, deambulação, aplicação de medicamentos, higiene e conforto de pacientes acamados, preparo de doentes para cirurgias, enfermagem no centro cirúrgico.....	107
Relacionar vacinas às doenças, seu armazenamento, calendário e vias de administração.....	112
Realização de curativos, vias de administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, registro no prontuário, cálculo de diluição de medicações, transformação de grandezas matemáticas (miligramas, mililitros, gotas, horas, minutos) e suas combinações no preparo e administração de medicações.....	116
Classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.....	126
Doenças de notificação compulsória em território nacional.....	127
Termos utilizados em enfermagem e seus conceitos.....	130
Atendimento, orientação e acompanhamento à pacientes portadores de ostomias.....	132
Rede de atenção à Saúde: Organização PanAmericana da Saúde, Representação Brasil.....	134
Lei nº 7498/1986 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências...	136



AVISO IMPORTANTE



A Apostilas Opção **não** está vinculada as organizadoras de Concurso Público. A aquisição do material **não** garante sua inscrição ou ingresso na carreira pública.



Sua Apostila aborda os tópicos do Edital de forma prática e esquematizada.



Alterações e Retificações após a divulgação do Edital estarão disponíveis em **Nosso Site** na **Versão Digital**.



Dúvidas sobre matérias podem ser enviadas através do site: <https://www.apostilasopcao.com.br/contatos.php>, com retorno do Professor no prazo de até **05 dias úteis**.



PIRATARIA É CRIME: É proibida a reprodução total ou parcial desta apostila, de acordo com o Artigo 184 do Código Penal.



Apostilas Opção, a Opção certa para a sua realização.



CONTEÚDO EXTRA

Aqui você vai saber tudo sobre o Conteúdo Extra Online



Para acessar o **Conteúdo Extra Online** (*vídeoaulas, testes e dicas*) digite em seu navegador: www.apostilasopcao.com.br/extra



O **Conteúdo Extra Online** é apenas um material de apoio complementar aos seus estudos.



O **Conteúdo Extra Online** **não** é elaborado de acordo com Edital da sua Apostila.



O **Conteúdo Extra Online** foi tirado de diversas fontes da internet e **não** foi revisado.



A Apostilas Opção **não** se responsabiliza pelo **Conteúdo Extra Online**.



LÍNGUA PORTUGUESA

1. LEITURA E COMPREENSÃO DE TEXTOS: 1.1 ASSUNTO. 1.2 ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO. 1.3 IDEIAS PRINCIPAIS E SECUNDÁRIAS. 1.4 RELAÇÃO ENTRE AS IDEIAS. 1.5 EFEITOS DE SENTIDO. 1.6 FIGURAS DE LINGUAGEM. 1.7 RECURSOS DE ARGUMENTAÇÃO. 1.8 INFORMAÇÕES IMPLÍCITAS: PRESSUPOSTOS E SUBENTENDIDOS.

Texto – é um conjunto de ideias organizadas e relacionadas entre si, formando um todo significativo capaz de produzir interação comunicativa (capacidade de codificar e decodificar).

Contexto – um texto é constituído por diversas frases. Em cada uma delas, há uma informação que se liga com a anterior e/ou com a posterior, criando condições para a estruturação do conteúdo a ser transmitido. A essa interligação dá-se o nome de *contexto*. O relacionamento entre as frases é tão grande que, se uma frase for retirada de seu contexto original e analisada separadamente, poderá ter um significado diferente daquele inicial.

Intertexto - comumente, os textos apresentam referências diretas ou indiretas a outros autores através de citações. Esse tipo de recurso denomina-se *intertexto*.

Interpretação de texto - o objetivo da interpretação de um texto é a identificação de sua ideia principal. A partir daí, localizam-se as ideias secundárias - ou fundamentações -, as argumentações - ou explicações -, que levam ao esclarecimento das questões apresentadas na prova.

Normalmente, numa prova, o candidato deve:

1- **Identificar** os elementos fundamentais de uma argumentação, de um processo, de uma época (neste caso, procuram-se os verbos e os advérbios, os quais definem o tempo).

2- **Comparar** as relações de semelhança ou de diferenças entre as situações do texto.

3- **Comentar**/relacionar o conteúdo apresentado com uma realidade.

4- **Resumir** as ideias centrais e/ou secundárias.

5- **Parafrasear** = reescrever o texto com outras palavras.

Condições básicas para interpretar

Fazem-se necessários:

- Conhecimento histórico-literário (escolas e gêneros literários, estrutura do texto), leitura e prática;
- Conhecimento gramatical, estilístico (qualidades do texto) e semântico;

Observação – na semântica (significado das palavras) incluem-se: *homônimos e parônimos, denotação e conotação, sinonímia e antonímia, polissemia, figuras de linguagem*, entre outros.

- Capacidade de observação e de síntese;
- Capacidade de raciocínio.

Interpretar / Compreender

Interpretar significa:

- *Explicar, comentar, julgar, tirar conclusões, deduzir.*
- *Através do texto, infere-se que...*
- *É possível deduzir que...*
- *O autor permite concluir que...*
- *Qual é a intenção do autor ao afirmar que...*

Compreender significa

- *entendimento, atenção ao que realmente está escrito.*
- *o texto diz que...*
- *é sugerido pelo autor que...*
- *de acordo com o texto, é correta ou errada a afirmação...*
- *o narrador afirma...*

Erros de interpretação

- **Extrapolação** (“*viagem*”) = ocorre quando se sai do contexto, acrescentando ideias que não estão no texto, quer por conhecimento prévio do tema quer pela imaginação.

- **Redução** = é o oposto da extrapolção. Dá-se atenção apenas a um aspecto (esquecendo que um texto é um conjunto de ideias), o que pode ser insuficiente para o entendimento do tema desenvolvido.

- **Contradição** = às vezes o texto apresenta ideias contrárias às do candidato, fazendo-o tirar conclusões equivocadas e, conseqüentemente, errar a questão.

Observação - Muitos pensam que existem a ótica do escritor e a ótica do leitor. Pode ser que existam, mas numa prova de concurso, o que deve ser levado em consideração é o que o autor diz e nada mais.

Coesão - é o emprego de mecanismo de sintaxe que relaciona palavras, orações, frases e/ou parágrafos entre si. Em outras palavras, a coesão dá-se quando, através de um pronome relativo, uma conjunção (NEXOS), ou um pronome oblíquo átono, há uma relação correta entre o que se vai dizer e o que já foi dito.

Observação – São muitos os erros de coesão no dia a dia e, entre eles, está o mau uso do pronome relativo e do pronome oblíquo átono. Este depende da regência do verbo; aquele, do seu antecedente. Não se pode esquecer também de que os pronomes relativos têm, cada um, valor semântico, por isso a necessidade de adequação ao antecedente.

Os pronomes relativos são muito importantes na interpretação de texto, pois seu uso incorreto traz erros de coesão. Assim sendo, deve-se levar em consideração que existe um pronome relativo adequado a cada circunstância, a saber:

- *que* (neutro) - relaciona-se com qualquer antecedente, mas depende das condições da frase.
- *qual* (neutro) idem ao anterior.
- *quem* (pessoa)
- *cujo* (posse) - antes dele aparece o possuidor e depois o objeto possuído.
- *como* (modo)

- onde (lugar)
- quando (tempo)
- quanto (montante)

Exemplo:

Falou tudo QUANTO queria (correto)

Falou tudo QUE queria (errado - antes do QUE, deveria aparecer o demonstrativo O).

Dicas para melhorar a interpretação de textos

- Leia todo o texto, procurando ter uma visão geral do assunto. *Se ele for longo, não desista! Há muitos candidatos na disputa, portanto, quanto mais informação você absorver com a leitura, mais chances terá de resolver as questões.*

- Se encontrar palavras desconhecidas, não interrompa a leitura.

- Leia, leia bem, leia profundamente, ou seja, leia o texto, pelo menos, duas vezes – *ou quantas forem necessárias.*

- *Procure fazer inferências, deduções (chegar a uma conclusão).*

- **Volte ao texto quantas vezes precisar.**

- **Não permita que prevaleçam suas ideias sobre as do autor.**

- Fragmento o texto (parágrafos, partes) para melhor compreensão.

- **Verifique, com atenção e cuidado, o enunciado de cada questão.**

- O autor defende ideias e você deve percebê-las.

- Observe as relações interparágrafos. Um parágrafo geralmente mantém com outro uma relação de continuação, conclusão ou falsa oposição. Identifique muito bem essas relações.

- Sublinhe, em cada parágrafo, o tópico frasal, ou seja, a ideia mais importante.

- **Nos enunciados, grife palavras como “correto” ou “incorreto”, evitando, assim, uma confusão na hora da resposta – o que vale não somente para Interpretação de Texto, mas para todas as demais questões!**

- Se o foco do enunciado for o tema ou a ideia principal, leia com atenção a introdução e/ou a conclusão.

- Olhe com especial atenção os pronomes relativos, pronomes pessoais, pronomes demonstrativos, etc., chamados *vocábulos relatores*, porque remetem a outros vocábulos do texto.

Fontes de pesquisa:

<http://www.tudosobreconcursos.com/materiais/portugues/como-interpretar-textos>

<http://portuguesemfoco.com/pf/09-dicas-para-melhorar-a-interpretacao-de-textos-em-provas>

<http://www.portuguesnarede.com/2014/03/dicas-para-voce-interpretar-melhor-um.html>

<http://vestibular.uol.com.br/cursinho/questoes/questao-117-portugues.htm>

QUESTÕES

1-) (SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL/DF – TÉCNICO EM ELETRÔNICA – IADES/2014)

Gratuidades

Crianças com até cinco anos de idade e adultos com mais de 65 anos de idade têm acesso livre ao Metrô-DF. Para os menores, é exigida a certidão de nascimento e, para os idosos, a carteira de identidade. Basta apresentar um documento de identificação aos funcionários posicionados no bloqueio de acesso.

Disponível em: <<http://www.metro.df.gov.br/estacoes/gratuidades.html>> Acesso em: 3/3/2014, com adaptações.

Conforme a mensagem do primeiro período do texto, assinale a alternativa correta.

(A) Apenas as crianças com até cinco anos de idade e os adultos com 65 anos em diante têm acesso livre ao Metrô-DF.

(B) Apenas as crianças de cinco anos de idade e os adultos com mais de 65 anos têm acesso livre ao Metrô-DF.

(C) Somente crianças com, no máximo, cinco anos de idade e adultos com, no mínimo, 66 anos têm acesso livre ao Metrô-DF.

(D) Somente crianças e adultos, respectivamente, com cinco anos de idade e com 66 anos em diante, têm acesso livre ao Metrô-DF.

(E) Apenas crianças e adultos, respectivamente, com até cinco anos de idade e com 65 anos em diante, têm acesso livre ao Metrô-DF.

1-) Dentre as alternativas apresentadas, a única que condiz com as informações expostas no texto é “Somente crianças com, no máximo, cinco anos de idade e adultos com, no mínimo, 66 anos têm acesso livre ao Metrô-DF”.

RESPOSTA: “C”.

2-) (SUSAM/AM – TÉCNICO (DIREITO) – FGV/2014 - adaptada) “Se alguém que é gay procura Deus e tem boa vontade, quem sou eu para julgá-lo?” a declaração do Papa Francisco, pronunciada durante uma entrevista à imprensa no final de sua visita ao Brasil, ecoou como um trovão mundo afora. Nela existe mais forma que substância – mas a forma conta”. (...) (Axé Silva, O Mundo, setembro 2013)

O texto nos diz que a declaração do Papa ecoou como um trovão mundo afora. Essa comparação traz em si mesma dois sentidos, que são

(A) o barulho e a propagação.

(B) a propagação e o perigo.

(C) o perigo e o poder.

(D) o poder e a energia.

(E) a energia e o barulho.

2-) Ao comparar a declaração do Papa Francisco a um trovão, provavelmente a intenção do autor foi a de mostrar o “barulho” que ela causou e sua propagação mundo afora. Você pode responder à questão por eliminação: a segunda opção das alternativas relaciona-se a “mundo afora”, ou seja, que se propaga, espalha. Assim, sobraria apenas a alternativa A!

RESPOSTA: “A”.

3-) (SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL/DF – TÉCNICO EM CONTABILIDADE – IADES/2014 - adaptada)

Concha Acústica

Localizada às margens do Lago Paranoá, no Setor de Clubes Esportivos Norte (ao lado do Museu de Arte de Brasília – MAB), está a Concha Acústica do DF. Projetada por Oscar Niemeyer, foi inaugurada oficialmente em 1969 e doada pela Terracap à Fundação Cultural de Brasília (hoje Secretaria de Cultura), destinada a espetáculos ao ar livre. Foi o primeiro grande palco da cidade.

Disponível em: <<http://www.cultura.df.gov.br/nossa-cultura/concha-acustica.html>>. Acesso em: 21/3/2014, com adaptações.

Assinale a alternativa que apresenta uma mensagem compatível com o texto.

(A) A Concha Acústica do DF, que foi projetada por Oscar Niemeyer, está localizada às margens do Lago Paranoá, no Setor de Clubes Esportivos Norte.

(B) Oscar Niemeyer projetou a Concha Acústica do DF em 1969.

(C) Oscar Niemeyer doou a Concha Acústica ao que hoje é a Secretaria de Cultura do DF.

(D) A Terracap transformou-se na Secretaria de Cultura do DF.

(E) A Concha Acústica foi o primeiro palco de Brasília.

3-) Recorramos ao texto: “Localizada às margens do Lago Paranoá, no Setor de Clubes Esportivos Norte (ao lado do Museu de Arte de Brasília – MAB), está a Concha Acústica do DF. Projetada por Oscar Niemeyer”. As informações contidas nas demais alternativas são incoerentes com o texto.

RESPOSTA: “A”.

GÊNEROS TEXTUAIS

São os textos materializados que encontramos em nosso cotidiano; tais textos apresentam características sócio-comunicativas definidas por seu estilo, função, composição, conteúdo e canal. Como exemplos, temos: *receita culinária, e-mail, reportagem, monografia, poema, editorial, piada, debate, agenda, inquérito policial, fórum, blog, etc.*

A escolha de um determinado gênero discursivo depende, em grande parte, da situação de produção, ou seja, a finalidade do texto a ser produzido, quem são os locutores e os interlocutores, o meio disponível para veicular o texto, etc.

Os gêneros discursivos geralmente estão ligados a esferas de circulação. Assim, na *esfera jornalística*, por exemplo, são comuns gêneros como *notícias, reportagens, editoriais, entrevistas* e outros; na *esfera de divulgação científica* são comuns gêneros como *verbete de dicionário ou de enciclopédia, artigo ou ensaio científico, seminário, conferência*.

Fontes de pesquisa:

<http://www.brasile scola.com/redacao/tipologia-textual.htm>

Português linguagens: volume 1 / Wiliam Roberto Cejeira, Thereza Cochar Magalhães. – 7ªed. Reform. – São Paulo: Saraiva, 2010.

Português – Literatura, Produção de Textos & Gramática – volume único / Samira Yousseff Campedelli, Jésus Barbosa Souza. – 3. Ed. – São Paulo: Saraiva, 2002.

TIPOLOGIA TEXTUAL

A todo o momento nos deparamos com vários textos, sejam eles verbais ou não verbais. Em todos há a presença do discurso, isto é, a ideia intrínseca, a essência daquilo que está sendo transmitido entre os interlocutores. Estes interlocutores são as peças principais em um diálogo ou em um texto escrito.

É de fundamental importância sabermos classificar os textos com os quais travamos convivência no nosso dia a dia. Para isso, precisamos saber que existem tipos textuais e gêneros textuais.

Comumente relatamos sobre um acontecimento, um fato presenciado ou ocorrido conosco, expomos nossa opinião sobre determinado assunto, descrevemos algum lugar que visitamos, fazemos um retrato verbal sobre alguém que acabamos de conhecer ou ver. É exatamente nessas situações corriqueiras que classificamos os nossos textos naquela tradicional tipologia: Narração, Descrição e Dissertação.

As tipologias textuais caracterizam-se pelos aspectos de ordem linguística

Os tipos textuais designam uma sequência definida pela natureza linguística de sua composição. São observados aspectos lexicais, sintáticos, tempos verbais, relações lógicas. Os tipos textuais são o *narrativo, descritivo, argumentativo/dissertativo, injuntivo e expositivo*.

- **Textos narrativos** – constituem-se de verbos de ação demarcados no tempo do universo narrado, como também de advérbios, como é o caso de *antes, agora, depois*, entre outros: *Ela entrava em seu carro quando ele apareceu. Depois de muita conversa, resolveram...*

- **Textos descritivos** – como o próprio nome indica, descrevem características tanto físicas quanto psicológicas acerca de um determinado indivíduo ou objeto. Os tempos verbais aparecem demarcados no presente ou no pretérito imperfeito: *“Tinha os cabelos mais negros como a asa da graúna...”*

- **Textos expositivos** – Têm por finalidade explicar um assunto ou uma determinada situação que se almeje desenvolvê-la, enfatizando acerca das razões de ela acontecer, como em: *O cadastramento irá se prorrogar até o dia 02 de dezembro, portanto, não se esqueça de fazê-lo, sob pena de perder o benefício.*

- **Textos injuntivos (instrucional)** – Trata-se de uma modalidade na qual as ações são prescritas de forma sequencial, utilizando-se de verbos expressos no imperativo, infinitivo ou futuro do presente: *Misture todos os ingredientes e bata no liquidificador até criar uma massa homogênea.*

- **Textos argumentativos (dissertativo)** – Demarcam-se pelo predomínio de operadores argumentativos, revelados por uma carga ideológica constituída de argumentos e contra-argumentos que justificam a posição assumida acerca de um determinado assunto: *A mulher do mundo contemporâneo luta cada vez mais para conquistar seu espaço no mercado de trabalho, o que significa que os gêneros estão em complementação, não em disputa.*

ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO.

Primeiramente, o que nos faz produzir um texto é a capacidade que temos de pensar. Por meio do pensamento, elaboramos todas as informações que recebemos e orientamos as ações que interferem na realidade e organização de nossos escritos. O que lemos é produto de um pensamento transformado em texto.

Logo, como cada um de nós tem seu modo de pensar, quando escrevemos sempre procuramos uma maneira organizada do leitor compreender as nossas ideias. A finalidade da escrita é direcionar totalmente o que você quer dizer, por meio da comunicação.

Para isso, os elementos que compõem o texto se subdividem em: introdução, desenvolvimento e conclusão. Todos eles devem ser organizados de maneira equilibrada.

Introdução

Caracterizada pela entrada no assunto e a argumentação inicial. A ideia central do texto é apresentada nessa etapa. Essa apresentação deve ser direta, sem rodeios. O seu tamanho raramente excede a 1/5 de todo o texto. Porém, em textos mais curtos, essa proporção não é equivalente. Neles, a introdução pode ser o próprio título. Já nos textos mais longos, em que o assunto é exposto em várias páginas, ela pode ter o tamanho de um capítulo ou de uma parte precedida por subtítulo. Nessa situação, pode ter vários parágrafos. Em redações mais comuns, que em média têm de 25 a 80 linhas, a introdução será o primeiro parágrafo.

Desenvolvimento

A maior parte do texto está inserida no desenvolvimento, que é responsável por estabelecer uma ligação entre a introdução e a conclusão. É nessa etapa que são elaboradas as ideias, os dados e os argumentos que sustentam e dão base às explicações e posições do autor. É caracte-

terizado por uma “ponte” formada pela organização das ideias em uma sequência que permite formar uma relação equilibrada entre os dois lados.

O autor do texto revela sua capacidade de discutir um determinado tema no desenvolvimento, e é através desse que o autor mostra sua capacidade de defender seus pontos de vista, além de dirigir a atenção do leitor para a conclusão. As conclusões são fundamentadas a partir daqui.

Para que o desenvolvimento cumpra seu objetivo, o escritor já deve ter uma ideia clara de como será a conclusão. Daí a importância em planejar o texto.

Em média, o desenvolvimento ocupa 3/5 do texto, no mínimo. Já nos textos mais longos, pode estar inserido em capítulos ou trechos destacados por subtítulos. Apresentar-se-á no formato de parágrafos medianos e curtos.

Os principais erros cometidos no desenvolvimento são o desvio e a desconexão da argumentação. O primeiro está relacionado ao autor tomar um argumento secundário que se distancia da discussão inicial, ou quando se concentra em apenas um aspecto do tema e esquece o seu todo. O segundo caso acontece quando quem redige tem muitas ideias ou informações sobre o que está sendo discutido, não conseguindo estruturá-las. Surge também a dificuldade de organizar seus pensamentos e definir uma linha lógica de raciocínio.

Conclusão

Considerada como a parte mais importante do texto, é o ponto de chegada de todas as argumentações elaboradas. As ideias e os dados utilizados convergem para essa parte, em que a exposição ou discussão se fecha.

Em uma estrutura normal, ela não deve deixar uma brecha para uma possível continuidade do assunto; ou seja, possui atributos de síntese. A discussão não deve ser encerrada com argumentos repetitivos, como por exemplo: “Portanto, como já dissemos antes...”, “Concluindo...”, “Em conclusão...”.

Sua proporção em relação à totalidade do texto deve ser equivalente ao da introdução: de 1/5. Essa é uma das características de textos bem redigidos.

Os seguintes erros aparecem quando as conclusões ficam muito longas:

- O problema aparece quando não ocorre uma exploração devida do desenvolvimento, o que gera uma invasão das ideias de desenvolvimento na conclusão.

- Outro fator consequente da insuficiência de fundamentação do desenvolvimento está na conclusão precisar de maiores explicações, ficando bastante vazia.

- Enrolar e “encher linguiça” são muito comuns no texto em que o autor fica girando em torno de ideias redundantes ou paralelas.

- Uso de frases vazias que, por vezes, são perfeitamente dispensáveis.

- Quando não tem clareza de qual é a melhor conclusão, o autor acaba se perdendo na argumentação final.

Em relação à abertura para novas discussões, a conclusão não pode ter esse formato, **exceto** pelos seguintes fatores:

- Para não influenciar a conclusão do leitor sobre temas polêmicos, o autor deixa a conclusão em aberto.
- Para estimular o leitor a ler uma possível continuação do texto, o autor não fecha a discussão de propósito.
- Por apenas apresentar dados e informações sobre o tema a ser desenvolvido, o autor não deseja concluir o assunto.
- Para que o leitor tire suas próprias conclusões, o autor enumera algumas perguntas no final do texto.

A maioria dessas falhas pode ser evitada se antes o autor fizer um esboço de todas as suas ideias. Essa técnica é um roteiro, em que estão presentes os planejamentos. Naquele devem estar indicadas as melhores sequências a serem utilizadas na redação; ele deve ser o mais enxuto possível.

Fonte de pesquisa:

http://producao-de-textos.info/mos/view/Caracter%C3%ADsticas_e_Estruturas_do_Texto/

IDEIAS PRINCIPAIS E SECUNDÁRIAS. RELAÇÃO ENTRE AS IDEIAS. EFEITOS DE SENTIDO.

Identificando o tema de um texto

O tema é a ideia principal do texto. É com base nessa ideia principal que o texto será desenvolvido. Para que você consiga identificar o tema de um texto, é necessário relacionar as diferentes informações de forma a construir o seu sentido global, ou seja, você precisa relacionar as múltiplas partes que compõem um todo significativo, que é o texto.

Em muitas situações, por exemplo, você foi estimulado a ler um texto por sentir-se atraído pela temática resumida no título. Pois o título cumpre uma função importante: antecipar informações sobre o assunto que será tratado no texto.

Em outras situações, você pode ter abandonado a leitura porque achou o título pouco atraente ou, ao contrário, sentiu-se atraído pelo título de um livro ou de um filme, por exemplo. É muito comum as pessoas se interessarem por temáticas diferentes, dependendo do sexo, da idade, escolaridade, profissão, preferências pessoais e experiência de mundo, entre outros fatores.

Mas, sobre que tema você gosta de ler? Esportes, namoro, sexualidade, tecnologia, ciências, jogos, novelas, moda, cuidados com o corpo? Perceba, portanto, que as temáticas são praticamente infinitas e saber reconhecer o tema de um texto é condição essencial para se tornar um leitor hábil. Vamos, então, começar nossos estudos?

Propomos, inicialmente, que você acompanhe um exercício bem simples, que, intuitivamente, todo leitor faz ao ler um texto: reconhecer o seu tema. Vamos ler o texto a seguir?

CACHORROS

Os zoólogos acreditam que o cachorro se originou de uma espécie de lobo que vivia na Ásia. Depois os cães se juntaram aos seres humanos e se espalharam por quase todo o mundo. Essa amizade começou há uns 12 mil anos, no tempo em que as pessoas precisavam caçar para se alimentar. Os cachorros perceberam que, se não atacassem os humanos, podiam ficar perto deles e comer a comida que sobrava. Já os homens descobriram que os cachorros podiam ajudar a caçar, a cuidar de rebanhos e a tomar conta da casa, além de serem ótimos companheiros. Um colaborava com o outro e a parceria deu certo.

Ao ler apenas o título “Cachorros”, você deduziu sobre o possível assunto abordado no texto. Embora você imagine que o texto vai falar sobre cães, você ainda não sabia exatamente o que ele falaria sobre cães. Repare que temos várias informações ao longo do texto: a hipótese dos zoólogos sobre a origem dos cães, a associação entre eles e os seres humanos, a disseminação dos cães pelo mundo, as vantagens da convivência entre cães e homens.

As informações que se relacionam com o tema chamamos de subtemas (ou ideias secundárias). Essas informações se integram, ou seja, todas elas caminham no sentido de estabelecer uma unidade de sentido. Portanto, pense: sobre o que exatamente esse texto fala? Qual seu assunto, qual seu tema? Certamente você chegou à conclusão de que o texto fala sobre a relação entre homens e cães. Se foi isso que você pensou, parabéns! Isso significa que você foi capaz de identificar o tema do texto!

Fonte: <https://portuguesrapido.com/tema-ideia-central-e-ideias-secundarias/>

FIGURAS DE LINGUAGEM.

Figura de Palavra

A figura de palavra consiste na substituição de uma palavra por outra, isto é, no emprego figurado, simbólico, seja por uma relação muito próxima (contiguidade), seja por uma associação, uma comparação, uma similaridade. Estes dois conceitos básicos - contiguidade e similaridade - permitem-nos reconhecer dois tipos de figuras de palavras: a *metáfora* e a *metonímia*.

Metáfora

Consiste em utilizar uma palavra ou uma expressão em lugar de outra, sem que haja uma relação real, mas em virtude da circunstância de que o nosso espírito as associa e percebe entre elas certas semelhanças. É o emprego da palavra fora de seu sentido normal.

Observação: toda metáfora é uma espécie de comparação implícita, em que o elemento comparativo não aparece.

Seus olhos são como luzes brilhantes.



INFORMÁTICA

1. CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS XP: (1) ÁREA DE TRABALHO (EXIBIR, CLASSIFICAR, ATUALIZAR, RESOLUÇÃO DA TELA, GADGETS) E MENU INICIAR (DOCUMENTOS, IMAGENS, COMPUTADOR, PAINEL DE CONTROLE, DISPOSITIVOS E IMPRESSORAS, PROGRAMA PADRÃO, AJUDA E SUPORTE, DESLIGAR, TODOS OS PROGRAMAS, PESQUISAR PROGRAMA E ARQUIVOS E PONTO DE PARTIDA): SABER TRABALHAR, EXIBIR, ALTERAR, ORGANIZAR, CLASSIFICAR, VER AS PROPRIEDADES, IDENTIFICAR, USAR E CONFIGURAR, UTILIZANDO MENUS RÁPIDOS OU SUSPENSOS, PAINÉIS, LISTAS, CAIXA DE PESQUISA, MENUS, ÍCONES, JANELAS, TECLADO E/OU MOUSE; (2) PROPRIEDADES DA BARRA DE TAREFAS, DO MENU INICIAR E DO GERENCIADOR DE TAREFAS: SABER TRABALHAR, EXIBIR, ALTERAR, ORGANIZAR, IDENTIFICAR, USAR, FECHAR PROGRAMA E CONFIGURAR, UTILIZANDO AS PARTES DA JANELA (BOTÕES, PAINÉIS, LISTAS, CAIXA DE PESQUISA, CAIXAS DE MARCAÇÃO, MENUS, ÍCONES E ETC.), TECLADO E/OU MOUSE; (3) JANELAS (NAVEGAÇÃO NO WINDOWS E O TRABALHO COM ARQUIVOS, PASTAS E BIBLIOTECAS), PAINEL DE CONTROLE E LIXEIRA: SABER EXIBIR, ALTERAR, ORGANIZAR, IDENTIFICAR, USAR E CONFIGURAR AMBIENTES, COMPONENTES DA JANELA, MENUS, BARRAS DE FERRAMENTAS E ÍCONES; USAR AS FUNCIONALIDADES DAS JANELAS, PROGRAMA E APLICATIVOS UTILIZANDO AS PARTES DA JANELA (BOTÕES, PAINÉIS, LISTAS, CAIXA DE PESQUISA, CAIXAS DE MARCAÇÃO, MENUS, ÍCONES E ETC.), TECLADO E/OU MOUSE; (4) BIBLIOTECAS, ARQUIVOS, PASTAS, ÍCONES E ATALHOS: REALIZAR AÇÕES E OPERAÇÕES SOBRE BIBLIOTECAS, ARQUIVOS, PASTAS, ÍCONES E ATALHOS: LOCALIZAR, COPIAR, MOVER, CRIAR, CRIAR ATALHOS, CRIPTOGRAFAR, OCULTAR, EXCLUIR, RECORTAR, COLAR, RENOMEAR, ABRIR, ABRIR COM, EDITAR, ENVIAR PARA, PROPRIEDADES E ETC.; E (5) NOMES VÁLIDOS: IDENTIFICAR E UTILIZAR NOMES VÁLIDOS PARA BIBLIOTECAS, ARQUIVOS, PASTAS, ÍCONES E ATALHOS.

Windows XP

Provavelmente, você já ouviu falar sobre o Windows: as caixas e as janelas que sempre lhe dão as boas-vindas quando você liga o seu computador. Na verdade, milhões de pessoas em todo o mundo estão tentando entender e interagir com isso enquanto você lê este livro. Quase todos os novos computadores e laptops vendidos atualmente vêm com uma cópia do Windows pré-instalada, pronta para abrir as caixas coloridas na tela.

O que É o Windows e Por Que Você o Está Usando?

Criado e vendido por uma empresa chamada Microsoft, o Windows não é como o seu software usual, que permite que você faça seu imposto de renda ou envie e-mails furiosos para os políticos. Não, o Windows é um sistema operacional, ou seja, ele controla a maneira como você trabalha com o seu computador.

O Windows recebeu esse nome baseado em todas aquelas janelinhas que ele coloca em seu monitor. Cada janela mostra informações, tais como uma imagem, um programa que você esteja executando, ou uma advertência técnica. É possível colocar várias janelas na tela ao mesmo tempo e pular de uma para outra, visitando diversos programas — ou, ampliar uma janela para preencher a tela inteira.

Ao ligar seu computador, o Windows pula para dentro da tela e supervisiona qualquer programa em execução. Quando tudo está indo bem, você nem percebe o Windows funcionando; você simplesmente vê seus programas ou seu trabalho. No entanto, quando as coisas não vão bem, geralmente o Windows deixa você com a pulga atrás da orelha com uma mensagem de erro confusa.

Além de controlar seu computador e dar ordens aos seus programas, o Windows vem com vários programas gratuitos e aplicativos. Esses programas e aplicativos permitem realizar diversas ações, tais como escrever e imprimir cartas, navegar pela internet, escutar música e enviar fotos recentes de sua última refeição para seus amigos.

Lançado em 25 de outubro de 2001, o Windows XP é um sistema operacional desenvolvido e comercializado pela gigante dos softwares, Microsoft. O nome “XP” deriva da palavra “experience”. Antes de seu lançamento, havia a possibilidade do usuário optar pelo Windows ME, que era mais bonito visualmente e mais fácil de trabalhar, ou pelo Windows 2000, mais estável, confiável e seguro. O Windows XP uniu o que havia de melhor nos sistemas anteriores a ele: a beleza de um e a segurança de outro. O sistema operacional possui cerca de 400 milhões de cópias em uso atualmente, é o mais usado em todo o mundo.

Basicamente, existem duas versões para o Windows XP: Home e Professional. A versão Home é destinada a usuários domésticos, contando com recursos voltados para esse público: multimídia, reprodução de DVDs, ferramentas de vídeo, etc. Já a versão Professional, destinada ao uso corporativo, conta com ferramentas e recursos mais avançados. Entre vários outros recursos, o Windows XP Professional oferece a vantagem de trabalhar com dois pro-

cessadores, permite o controle de pastas e arquivos em partições NTFS, oferece a possibilidade de trabalhar em um computador remoto, etc. Além dessas duas versões, existem outras menos expressivas, como o Windows XP Media Center Edition, Windows XP Embedded, Windows XP Starter Edition, etc.

A versão Starter Edition foi criada pela Microsoft com o fim de combater a pirataria presente em países emergentes, como Rússia, Brasil e México. Realmente, seu preço é bem menor em relação às outras versões, no entanto, possui uma série de limitações, como por exemplo, o fato de só poder abrir três janelas ao mesmo tempo para cada programa.

Área de trabalho



Fig. 2 - Área de trabalho

A área de trabalho é a tela principal do Windows, é o ponto de partida para a realização dos trabalhos, pois, é neste local que geralmente encontram-se os ícones (figuras que representam os programas instalados no computador) e a barra de tarefas.

Barra de tarefas

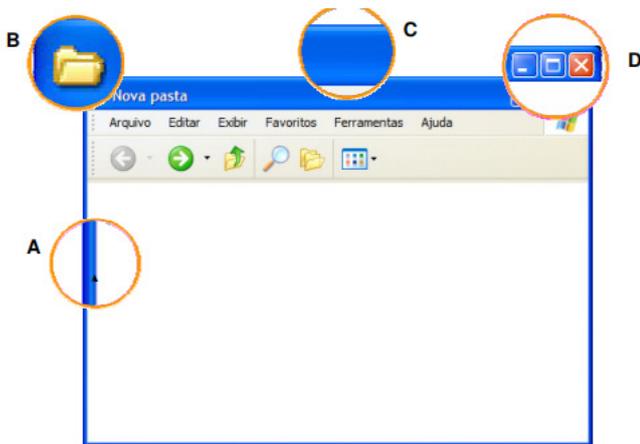


A barra de tarefas normalmente é encontrada na parte inferior da tela, nela estão disponíveis o menu iniciar o relógio, controle de volume e algumas outras funções que dependerão dos tipos de programas disponíveis no computador. Serve também para mostrar quais os programas que se encontram abertos no momento. Quando muitas janelas de documento e programa estiverem abertas, o agrupamento na barra de tarefas disponibilizará mais espaço na barra. Por exemplo, se você tiver dez janelas abertas e três delas forem documentos do Wordpad, os botões da barra de tarefas desses três documentos serão agrupados em um botão denominado Wordpad. Clique nesse botão e, em seguida, clique em um dos documentos para visualizá-lo.

Para melhorar a organização na barra de tarefas, os ícones na área de notificação (ao lado do relógio) ficarão ocultos quando não estiverem em uso por algum tempo. Se algum ícone ficar oculto, clique na seta (∟) para exibir temporariamente esses ícones. Se você clicar em um deles, ele será exibido novamente.

Janelas

As janelas são os principais elementos ordenadores do Windows®, quase nada acontece sem elas ou fora de seus limites. Elas têm a função de delimitar, organizar o espaço da tela, isto é, conter, agrupar ou separar visualmente elementos distintos da interface ou específicos de um programa. Aplicativos sendo executados permanecem no interior de janelas, que demarcam o espaço de tela utilizado por eles e o separam do desktop ou de outros espaços utilizados por outros programas ou pelo próprio sistema.



Fazem parte de uma janela:

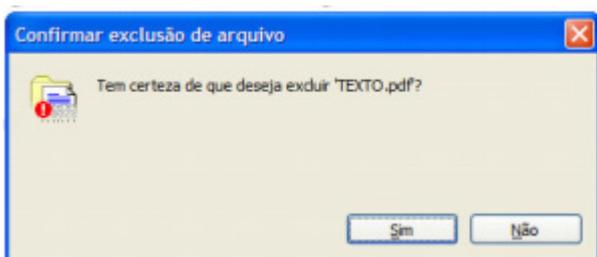
- A. Linha delimitadora
- B. Ícone de identificação.
- C. Barra de título
- D. Botões de Controle

Os botões de controle permitem ao usuário, respectivamente, minimizar, maximizar e fechar a janela; a barra de título normalmente indica o nome e/ou a localização (path) do conteúdo da janela; o ícone de identificação mostra a função da janela e daquilo que ela contém — no caso de um aplicativo, ele exibirá um pequeno logotipo do programa, no caso de uma pasta exibirá um ícone de pasta; a linha delimitadora separa o conteúdo da janela de outras janelas de outros espaços e conteúdos. (Na janela da fig. 4, vêem-se também uma barra de menus e uma barra de ferramentas, que serão tratados em capítulos específicos.)

Janelas especiais, ou secundárias.

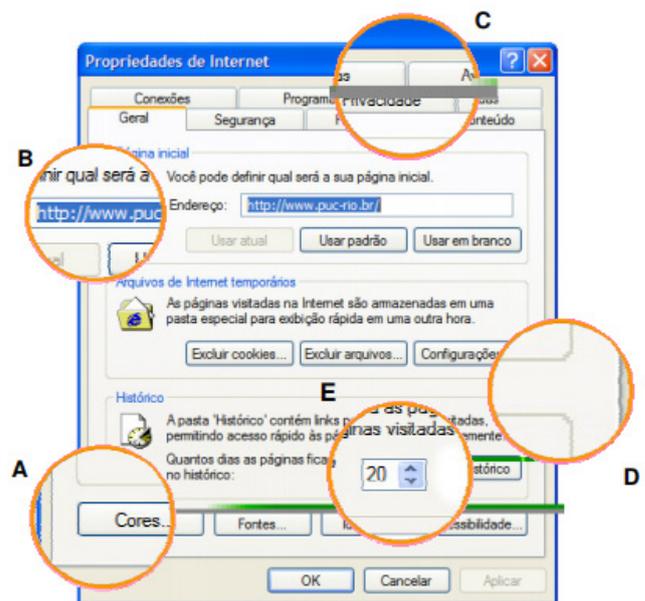
Janelas especiais são todas aquelas que não visam delimitar ou organizar o espaço na tela (não têm função especificamente visual), mas cujo conteúdo visa permitir ao usuário um maior controle da interface, do sistema e de seus dispositivos. Essas janelas podem conter diversos tipos de controles e opções, algumas delas com funções cruciais ao funcionamento do sistema ou à tarefa do usuário, outras apenas com mensagens ou avisos. Seguem-se dois exemplos de “janelas especiais”:

- Caixas de diálogo



Caixas de diálogo são janelas com mensagens em que frequentemente é requisitada a intervenção do usuário, para tomar uma decisão, selecionar entre várias opções, confirmar uma operação, ou simplesmente para tomar conhecimento de algo que tenha acontecido fora do âmbito de sua interação. Ao imprimir um arquivo, por exemplo, o sistema deverá exibir uma janela apresentando todas as opções de impressão que o programa e a própria impressora apresentam, tais como qualidades diferentes de impressão, tipos de papel, orientação da página, quantidade de cópias. Da mesma maneira, se ocorrer algum erro, seja com o computador, seja com o sistema, será exibida uma caixa de diálogo informando ao usuário sobre o ocorrido e, eventualmente, perguntando sobre o que fazer a respeito.

- Janelas de configuração

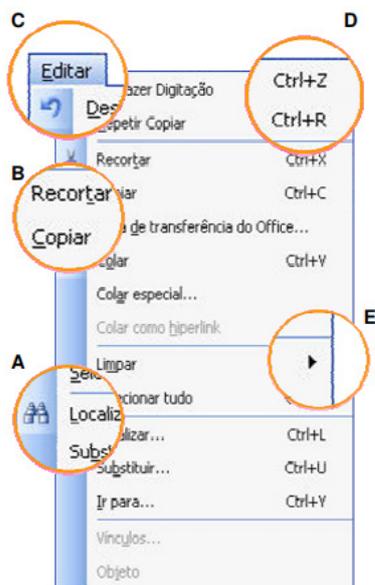


Janelas de configuração são espaços onde se apresentam opções para o ajuste de certa funcionalidade ou dispositivo do sistema. São características dessas janelas os botões (A), as caixas de texto (B), as “abas” (C), as caixas de agrupamento (D) e os spin buttons (E). As “abas” poderiam até ser consideradas um tipo de janela especial, não fosse o fato de existirem também em circunstâncias diferentes das apresentadas acima.

Menus

Menus se desdobram em uma multiplicidade de outros menus, janelas, ferramentas ou controles mesmo. Eles apresentam ao usuário informações e recursos que não são encontrados com facilidade em outro lugar, além de os oferecerem de maneira estruturada, possibilitando uma interação que independe do conhecimento prévio de ícones ou símbolos complicados, ou da compreensão das metáforas envolvidas na significação des-

tes. Nem sempre apenas ler o título de uma das opções de um menu dirige qualquer problema que possa surgir durante a interação, mas pode ser uma valiosa indicação do caminho a seguir.



Menu "Editar" do MS Word

Ainda que certos menus tenham algumas características específicas, a maioria deles não difere quanto a seus elementos básicos. Eles geralmente exibem ícones que identificam funções correlatas, presentes em barras de ferramentas (A), funções e/ou comandos relativos a alguma funcionalidade do sistema ou de algum programa específico (B), um título indicativo de seu conteúdo (C), informações sobre atalhos de teclado através dos quais é possível executar um comando sem acessar o menu (D), e uma indicação de que certas opções se desdobram

Os menus podem ser divididos em duas categorias gerais: aqueles associados a tarefas que dizem mais respeito ao sistema, presentes em (quase) todas as aplicações — "Arquivo" e "Editar" são bons exemplos — e aqueles cujas opções são específicas de um software — no caso do Adobe Photoshop®, por exemplo, o menu "Imagem". Em uma "barra de menus" é comum encontrarmos as duas categorias lado a lado, sem distinção, com uma exceção, a do menu "Iniciar".

O menu Iniciar



Quando você clica em Iniciar, é exibido um menu que oferece acesso rápido à maioria dos itens mais úteis do computador. Você pode clicar em Ajuda e suporte para aprender a usar o Windows, obter informações sobre a

solução de problemas, receber suporte, e muito mais. Quando você clica em Todos os programas, é aberta uma lista dos programas instalados no computador.

A lista de programas no menu Iniciar é dividida em duas partes: os programas exibidos acima da linha separadora (também conhecidos como lista de itens fixos) e os programas exibidos abaixo da linha separadora (também conhecidos como lista dos programas mais usados). Os programas da lista de itens fixos permanecem lá e estão sempre disponíveis para serem iniciados quando clicados. Você pode adicionar itens a essa lista.

Os programas são adicionados à lista dos programas mais usados quando você os usa. O Windows tem um número padrão de programas exibidos na lista dos programas mais usados. Quando esse número é alcançado, os programas que não são abertos há algum tempo são substituídos pelos programas usados mais recentemente.

Você também pode personalizar o menu Iniciar e adicionar uma pasta denominada Meus documentos recentes que conterá os arquivos abertos recentemente. Outra maneira de personalizar o menu Iniciar é definir que os itens sejam abertos quando você mantiver o mouse sobre eles, uma forma simples de visualizar o conteúdo do item.

O menu "Iniciar", presente desde o Windows 95®, tem características muito particulares, e deve ser considerado à parte dos outros.

Além de ser um menu que contém diversos outros menus, eventualmente chegando a três ou mais colunas, o "Iniciar" dá acesso a todas as funções e programas instalados em um computador com muito poucos cliques do mouse. Visualmente, estruturalmente e funcionalmente distinto dos outros, ele é rico em cores, degradês e em ícones de diferentes dimensões; apresenta seu conteúdo estruturado em colunas, agrupando de forma diferente os programas e as funções principais do sistema; contém um espaço dedicado a atalhos do usuário, auxilia na navegação realçando itens recém instalados e apresenta menus em cascata sem a necessidade de clicar sobre eles, tendência que se difundiu, posteriormente, a todos os menus.

Ícones

Ícones são representações gráficas de objetos tais como documentos, dispositivos de armazenamento, pastas e aplicações. Na medida do possível, eles devem se assemelhar a suas contrapartes no mundo real, de modo a facilitar seu reconhecimento. Desta forma, eles ajudam a comunicar o propósito ou a função ou o conteúdo de um programa ou arquivo antes que este seja aberto. A maioria das interfaces que adota a "orientação a objetos" apresenta ícones que podem ser selecionados, movidos, copiados, arrastados ou jogados fora. Ao longo do tempo eles evoluíram de pequenas imagens toscas de baixa resolução a representações quase fotográficas. Os ícones podem ser classificados quanto a seu tipo, número de cores, orientação e estilo:

— Tipo: os tipos de ícones se distribuem entre as categorias de objetos da interface. Seguem-se uma classificação geral e alguns exemplos.

	Windows XP®
Arquivos	
Pastas	
Componentes	
Dispositivos (A)	
Dispositivos (B)	
Programas	

Classificação geral dos tipos de ícones

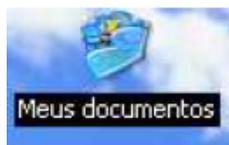
Pastas e Arquivos

Após a criação do arquivo é possível sua organização por meio de pastas. Quando executamos vários trabalhos, cada qual em um programa específico, criamos com isso diferentes tipos de arquivos e para não misturar uns com os outros, o que dificulta na hora de procurar por um deles, colocamos cada um dos tipos em suas respectivas pastas. Ex.: em uma pasta ficariam todos os trabalhos de digitação, em outra todos os arquivos de música e assim por diante. No entanto, pasta é o elemento usado para guardar os arquivos.

Criação de pastas

Para criar uma nova pasta

1. Abra a pasta Meus documentos.



2. Em Tarefas de arquivo e pasta, clique em Criar uma nova pasta.



Será exibida uma nova pasta com o nome padrão, Nova pasta, selecionado.



3. Digite um nome para a nova pasta e pressione ENTER.

Observações

Para abrir Meus documentos, clique em Iniciar e, em seguida, clique em Meus documentos, caso ele não esteja na área de trabalho.

Você também pode criar uma nova pasta clicando com o botão direito do mouse em uma área em branco na janela da pasta ou na área de trabalho, apontando para Nova e clicando em Pasta.

Para mover um arquivo ou pasta

1. Abra a pasta Meus documentos.

Se a pasta ou o arquivo que você deseja mover não for encontrado nesta pasta ou em suas subpastas, use a opção Pesquisar para localizá-lo. Para abrir Pesquisar, clique em Iniciar e, em seguida, clique em Pesquisar.

2. Clique no arquivo ou pasta que você deseja mover.

3. Em Tarefas de arquivo e pasta, clique em Mover este arquivo ou Mover esta pasta.

Observe que para excluir uma pasta basta clicar em Excluir esta pasta.

4. Em Mover itens, clique no novo local do arquivo ou pasta e, em seguida, clique em Mover.

Observações

Para abrir Meus documentos, clique em Iniciar e, em seguida, clique em Meus documentos.

Para selecionar um grupo de arquivos consecutivos, clique no primeiro arquivo, pressione e mantenha pressionada a tecla SHIFT e clique no último arquivo. Para Fig. 6 selecionar arquivos ou pastas não consecutivos, pressione e mantenha pressionada a tecla

Fig. 7 CTRL e, em seguida, clique nos itens desejados.





POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA APROVADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. PORTARIA MS NÚMERO 2.436 DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, ESTABELECENDO A REVISÃO DE DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, considerando:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução CIT Nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), agosto de 2017; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;

- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

CAPÍTULO I DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais,

garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e

XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pósgraduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos município;

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;

XI -prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XIII -desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

XV -garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

XVII -alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e

IX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.

Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como

primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1 - Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2 - Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- Territorialização e Adscrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adscritos a ele. Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS.

Vivemos em um mundo onde acidentes, catástrofes e violências são constantes em nosso cotidiano, seja de causas naturais ou provocadas. Quando algo assim ocorre, temos situações de risco às pessoas, que consequentemente necessitam de atendimento especializado, conhecido como atendimento pré-hospitalar. (MINAYO E DESLANDES, 2009).

Antes de abordar como deve ser a assistência prestada a várias vítimas precisa-se compreender e identificar o que é um Acidente com Múltiplas Vítimas (AMV). Segundo a Organização Mundial de Saúde são aqueles que apresentam desequilíbrio entre os recursos disponíveis e as necessidades, e que, apesar disso, podem ser atendidos com eficiência desde que se adote a doutrina operacional protocolada. Como parâmetro de magnitude, consideramos AMV aqueles eventos súbitos com mais de 5 (cinco) vítimas graves. (PARANÁ, 2006).

De acordo com a organização mundial de saúde catástrofe é um fenômeno ecológico súbito de magnitude suficiente para necessitar de ajuda externa já os desastres são acidentes provocados pelo homem.

De acordo Paraná (2006), atendimento a AMV é um desafio no qual os serviços de atendimentos pré-hospitalares e os hospitais se deparam com frequência. Diariamente temos em nosso país acidentes dos mais variados tipos com número de vítimas superiores a cinco. Diante dessas situações ocorre uma incapacidade dos serviços de lidarem com esse problema, havendo, desta forma, necessidade de se estar preparado e treinado para atender esses acidentes.

Apesar de não haver estatísticas que revelem a proporção real dos Incidentes com Múltiplas Vítimas no nosso cenário sanitário, fica explícito que esses se apresentam atualmente como problemas frequentes, em que os acidentes de trânsito, somados aos desastres naturais, configuram-se como importantes etiologias desses eventos de consequências significativas para o Sistema Único de Saúde brasileiro, tanto do ponto de vista de recursos humanos e materiais, quanto de recursos financeiros. Essa realidade exige, assim, estudos mais aprofundados, que possam elucidar as proporções reais dos Incidentes com Múltiplas Vítimas no panorama sanitário do Brasil (SALVADOR, 2012).

No Brasil alguns Eventos de massa como a Copa das Confederações Brasil 2013, Jogos Mundiais Militares 2013, Copa do Mundo FIFA Brasil 2014 e dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos Rio 2016 e tantos outros eventos de importante magnitude, requerem profissionais de saúde treinados para atuarem de forma ideal nas diversas situações que possam vir a acontecer, como até mesmo um AMV. Entendendo-se como atendimento ideal aquele que busca salvar o maior número possível de vítimas, no momento que elas mais precisam e no menor tempo possível. Neste tipo de situação, alguns procedimentos são necessários para atendimento às vítimas, como a triagem dos pacientes.

Segundo Alcântara et al. (2005), a assistência em situações de emergência e urgência se caracterizam pela necessidade de um cliente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo, não podendo haver uma protelação no atendimento, devendo o mesmo ser imediato.

Para que as ações sejam rápidas e precisas na triagem é necessário um método prático. No Brasil utiliza-se o START (Simple Triage And Rapid Treatment), onde é avaliado a respiração, perfusão e nível de consciência. As vítimas são identificadas por grau de comprometimento sendo usados fitas, etiquetas, lonas coloridas ou cartão de triagem. As cores correspondentes em ordem de prioridade são: vermelho, amarelo, verde e preto. (TEIXEIRA, 2007).

A relevância desse trabalho para a enfermagem consiste na qualificação da assistência de enfermagem em cenário com múltiplas vítimas, promovendo um atendimento integral as vítimas de acidente.

A motivação para desenvolver esta pesquisa surgiu pelo grau de afinidade no tema proposto além da pouca literatura encontrada o que chamou atenção e despertou interesse por parte da autora.

O atendimento pré-hospitalar e hospitalar promove uma diversidade de ocorrências de trauma e situações clínicas, pois, da mesma forma que podemos ter um acidente individualizado, comprometendo uma única vítima, como nos casos de queda de moto em dias chuvosos, também podemos ter a presença significativa de vítimas, oriundas de um mesmo fenômeno quando ocorre uma colisão de dois ônibus, com isso, teremos uma quantidade maior de vítimas, resultado da mesma cinemática. Sob a ótica clínica, podemos ter eventos epidemiológicos de doenças infecto-contagiosas que podem produzir múltiplas vítimas (FERNANDES, 2010).

Um AMV tem como pilar fundamental o princípio da triagem como forma de garantir uma assistência significativa às vítimas. A educação permanente dos profissionais de saúde é o norte desse processo, possibilitando a edificação de protocolos, normas assistenciais e espaços de reflexão profissional como meio de promover ações de saúde sistematizadas e, portanto, eficazes (SALVADOR et al., 2012). Nesses casos, há necessidade de uma sistematização de atendimento por uma equipe multiprofissional que atenda prioritariamente os pacientes com maior risco de morte.

Para Valentim et. al. (2014) triagem é a classificação das vítimas em categorias, não exclusivamente em relação à gravidade, mas sim às situações em que mais se beneficiarão do socorro prestado. O objetivo é otimizar a ação de socorro, salvando o maior número possível de vítimas. A partir da triagem, as vítimas recebem o socorro no local e depois são transportadas para o atendimento hospitalar. Em qualquer tipo de ambiente, pré ou intra-hospitalar, existem divergências e adaptações no processo de triagem que variam de acordo com o cenário e a preparação dos profissionais que a executam. Portanto, não existe um critério perfeito de triagem, ele varia de um sistema para outro, e dependem de fatores como magnitude, tipo e área de abrangência do desastre.

É possível observar uma mudança no princípio de atendimento das vítimas de um desastre. Quando se trata do atendimento de um indivíduo vítima de um trauma isolada-

mente, tem-se que é primordial fazer o melhor para aquele indivíduo, inclusive utilizando todos os recursos disponíveis para tratá-lo da melhor forma. Já no atendimento de múltiplas vítimas o princípio chave da resposta médica é fazer o melhor para o maior número de pacientes, já que há a necessidade de se estabelecer prioridades para o atendimento adequado (ATLS, 2008).

Fernandes (2010) aborda que desastres é a falta de recursos humanos e materiais, portanto há que se fazer o melhor para o maior número possível de vítimas. Se não nos preparamos, discutimos ou planejamos como atender a vítimas do fenômeno desastres, certamente teremos mais perdas de vidas, sequelas temporárias ou definitivas do que ganhos de vidas e recuperações.

O profissional de enfermagem tem sua atuação frente a um AMV respaldada na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº. 7.498 de 25 de junho de 1986, no seu artigo 11º, está determinado como privativo do enfermeiro no item I, inciso 1: "cuidados direto de enfermagem a paciente grave com risco de vida; e no inciso m – cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas".

De acordo Salvador et al. (2012) um fator essencial ao profissional de enfermagem que atua em uma situação emergencial é o conhecimento teórico, a articulação dos saberes como forma de conduzir práticas de saúde fundamentadas. É imperativo ao profissional de enfermagem, do ponto de vista integral de sua formação acadêmica, estar preparado para atuar em práticas acumuladoras de saúde frente a um AMV, evento de importância epidemiológica indiscutível no atual panorama sanitário, o que requer uma formação educativa permanente.

Quando buscamos compreender quais as competências e habilidades necessárias ao enfermeiro para atuar de forma eficaz frente a um AMV, estamos inserindo-o no contexto generalista, que visa à edificação de uma formação integral, pautada na criticidade, na autonomia, no conhecimento científico, sem negligência a ética e a humanescência (SALVADOR et al. 2012).

Em múltiplas vítimas é primordial a abordagem de um fluxograma de atendimento para, justamente, priorizar o cuidado ao paciente mais viável, o que difere de um atendimento individualizado e a capacidade de tomada de decisão através da triagem, visando o melhor atendimento ao maior número de pessoas possíveis (VALENTIM et al, 2014).

Fernandes (2010) chama atenção para que o profissional realize uma triagem adequada, isto é, seleção por prioridade, dando importância ao quadro clínico e constante monitorização, para não haver avaliação errada quanto à gravidade das vítimas causando iatrogenia.

É essencial que as instituições possuam um plano de ação para situações Desastres, Catástrofes e Múltiplas Vítimas, um eficiente sistema de controle que não transfira o caos do local para o hospital o que é muito comum em eventos dessa magnitude, é importante também um eficiente processo de triagem que priorize quais vítima necessitam de atendimento imediato e quais podem aguardar

um tratamento posterior, sempre com o objetivo de salvar o maior número possível de vidas no menor espaço de tempo, oferecendo o melhor cuidado médico para o maior número possível de vítimas (TEIXEIRA E OLCERENKO, 2007).

A triagem pelo método START (Simple Triage And Rapid Treatment; Triagem Simples e Tratamento Rápido) é uma técnica simples usada para triagem rápida de um grande número de pacientes e deve ser utilizada em situações em que a triagem deve ser dinâmica, como no AMV. (SIMÕES et al, 2012).

O START (simples triagem e rápido tratamento) se baseia na avaliação da respiração, circulação e nível de consciência, dividindo as vítimas em quatro prioridades e utiliza cartões coloridos para definir cada uma das prioridades. A Prioridade de Atendimento às Vítimas obedece a seguinte ordem:

a) Cartão Vermelho são as Vítimas que apresentam risco imediato de vida, apresentam respiração somente após manobras de abertura de vias aéreas ou a respiração está maior que 30 movimentos respiratórios por minuto, necessitam de algum tratamento médico antes de um transporte rápido ao hospital; necessitam ser transportadas rapidamente ao hospital para cirurgia;

b) Cartão Amarelo são as Vítimas que não apresentam risco de vida imediato, necessitam de algum tipo de tratamento no local enquanto aguardam transporte ao hospital;

c) Cartão Verde Vítimas com capacidade para andar, não necessitam de tratamento médico ou transporte imediato, possuem lesões sem risco de vida; e

d) Prioridade Preto Vítimas em óbito ou que não tenham chance de sobreviver; não respiram, mesmo após manobras simples de abertura da via aérea (PARANÁ, 2006).

Valentim et al. (2014) afirma que o método S.T.A.R.T foi desenvolvido em 1983 no Hoag Hospital localizado na cidade de Newport Beach- Califórnia (E.U.A.) para viabilizar uma rotina sistemática de atendimento, sendo um método de triagem simples e rápido. Este método foi atualizado em 1994 e passou a ser usado no Brasil em 1999. A triagem é o foco central da aplicabilidade do S.T.A.R.T. É um processo reiterativo em que vítimas são priorizadas para tratamento e evacuação, feita repetidamente em todos os níveis de atenção. Triar consiste numa avaliação rápida das condições clínicas das vítimas para estabelecer prioridades de tratamento médico. É uma tática que determina prioridades de ação que, quando bem utilizada, determinam sucesso na diminuição da mortalidade e morbidade das vítimas de acidentes coletivos.

De acordo com Teixeira e Olcerenko (2007), a utilização de métodos como o S.T.A.R.T. por si não garantem a triagem, uma vez que eles devem ser estar associados a profissionais treinados (teoricamente e na prática), e que possuem preparo psicológico adequado às situações vivenciadas, para a agilidade e acurácia da tomada de decisão. Sendo assim é primordial que não só a equipe de enfermagem, mas toda a equipe multiprofissional busque cursos preparatórios para estar atuando nestas situações.

De acordo com Morton e Fontaine (2011, p.213), na ocorrência de um desastre, o papel da enfermagem nos cuidados críticos é fundamental. Ressalta a dependência deste em relação ao impacto do desastre sobre as estruturas das instituições, o meio ambiente e o número de profissionais disponíveis. Com base no pensamento crítico, as competências fundamentais da enfermagem em incidentes com vítimas em massa incluem: "a) usar uma abordagem ética e aprovada em nível nacional para suporte de tomada de decisões e priorização necessárias em situações de desastres; b) utilizar competência de julgamento clínico e tomada de decisão na avaliação do potencial para o cuidado individual adequado após um incidente com vítimas em massa (IVM); c) descrever os cuidados de enfermagem de emergência essenciais nas fases pré e pós desastres para indivíduos, famílias, grupos especiais (p.ex. crianças, idosos, gestantes) e comunidades; d) descrever os princípios de triagem específicas que são aceitos para IVM (p.ex. Sistema de Triagem Simples e Tratamento Rápido [START])".

Finalmente, o transporte das vítimas deve ser realizado segundo as necessidades estabelecidas. Esse deverá ser feito de maneira organizada através de um fluxo de tráfego para evitar congestionamentos e acidentes (SALVADOR et al. 2012).

O destino final de um atendimento pré-hospitalar é o hospital, que é o local que terá condições de avaliar com maior propriedade e intervir nas necessidades orgânicas das vítimas afetadas pelas lesões traumáticas e distúrbios orgânicos. Por isso, é importante que as instituições hospitalares estejam familiarizadas com os protocolos de triagem, reconhecendo a classificação feita pelo atendimento pré-hospitalar, dando continuidade a assistência para estabelecer uma ação interna, a fim de reduzir a morbimortalidade das lesões e descompensações, com o aproveitamento dos recursos humanos e materiais já existentes em seu ambiente (FERNANDES, 2010).

Diante desses ares, percebemos a complexidade dos cuidados frente a um AMV, os quais devem estar pautados na sistematização do atendimento, somando os esforços de todos os capacitados para atuarem nesses eventos, visando evitar o agravamento das vítimas ou o surgimento de outras (SALVADOR et al., 2012).

De acordo os artigos selecionados e pesquisados foi possível destacar com facilidade a grande e fundamental importância que se tem em prestar um atendimento com qualidade às vítimas expostas a algum tipo de acidente. Ficou evidente não só nos artigos selecionados para análise, mas também nos manuais do MS que o método START apresenta vantagens em incidentes com múltiplas vítimas por ser simples e rápido.

Diante desse prisma de relevância epidemiológica dos Incidentes com Múltiplas Vítimas, é enfático que a assistência prestada às vítimas de tais eventos é um fator decisivo para minimizar as consequências catastróficas desses eventos, estabelecendo um aumento nos índices de sobrevivência das vítimas. É nesse sentido que a educação do enfermeiro, bem como de toda a equipe multiprofissional de saúde, edifica-se como fator essencial, uma vez que o

processo educativo configura-se como uma ferramenta de treinamento e de fomento de protocolos, tendo por escopo o contínuo aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Pode-se assim, evidenciar que no âmbito do AMV o enfermeiro pode atuar no cenário de Classificação de triagem, como o START, que se baseia na capacidade de andar, avaliação da respiração, circulação e nível de consciência. Após este passo há urgência na transferência para um hospital para continuidade do atendimento às vítimas que necessitam de uma assistência precisa e de qualidade, rápida, porém eficaz.¹

PREVENÇÃO DO TRAUMA.

O trauma físico é uma lesão física grave e que pode colocar em risco a vida do paciente.

Causas comuns de trauma físico incluem acidentes de carro, queimaduras, afogamentos, explosões, lesões por esmagamento e surras graves.

O tratamento para trauma físico geralmente precisa ocorrer em um ambiente hospitalar e pode incluir cirurgia, bem como uma longa reabilitação.

O prognóstico varia dependendo da extensão das lesões, da saúde do paciente no momento da lesão e da rapidez com que o tratamento é realizado.

Há uma série de preocupações com o trauma físico. Problemas imediatos podem incluir perda de sangue, dano cerebral, comprometimento respiratório e dor severa.

Os pacientes devem ser avaliados rapidamente para identificar seus ferimentos e determinar quais lesões são mais graves.

Eles também devem ser apoiados se forem instáveis com tratamentos como fluidos intravenosos e transfusões de sangue para controlar a perda de sangue, ventilação se não puderem respirar de forma independente, e bandagem para parar ou retardar o sangramento.

Uma investigação para o trauma físico também inclui avaliações de possíveis complicações e lesões secundárias. Isso pode incluir rastreamento neurológico para identificar sinais de lesões no cérebro, já que danos cerebrais nem sempre são aparentes, junto com estudos de imagens médicas para procurar hemorragias internas, fraturas não diagnosticadas e outras lesões que podem ser perigosas se não forem tratadas.

As feridas também precisam ser completamente limpas para remover os contaminantes da cena, com o objetivo de reduzir a infecção, e os pacientes podem receber antibióticos profiláticos e outras drogas para prevenir a inflamação e a infecção.

Os hospitais lidam com traumas físicos em salas de emergência e unidades de trauma. As equipes de atendimento podem incluir enfermeiras, médicos e uma variedade de especialistas médicos que podem ser consultados para tratar de questões específicas, como fraturas e danos a órgãos.

¹ Fonte: www.cursosaprendiz.com.br

Psicólogos e profissionais de reabilitação também costumam passar mais tempo com pacientes que sofreram traumas para identificar questões que precisarão ser abordadas quando o paciente estiver estável e em recuperação.

Os prestadores de cuidados de saúde especializados em cuidados de trauma incluem paramédicos, enfermeiros de emergência e cirurgiões de trauma.

Esses profissionais precisam ser capazes de agir rapidamente para avaliar e cuidar de um paciente, às vezes em situações caóticas e perturbadoras.

O que é um trauma

A palavra “trauma” é mais comumente usada para descrever uma lesão corporal que é grave, súbita e imediatamente fatal.

A comunidade médica tem todo um sistema para classificar e selecionar os pacientes que apresentam esses sintomas, e os profissionais dessas áreas costumam ter uma forma mais simplificada de classificar os ferimentos como traumáticos ou sérios; em geral, no entanto, pode ser difícil definir uma definição específica por causa de quão amplamente os casos podem variar. Uma lesão cerebral traumática é diferente da força bruta na perna, por exemplo.

As pessoas também podem sofrer traumas emocionais, o que nem sempre é tão perceptível, mas pode ser tão sério quanto.

Categorias e causas amplas

Em geral, as lesões traumáticas são aquelas que prejudicam significativamente o funcionamento de pelo menos uma parte do corpo. Eles geralmente também ameaçam a vida, ou pelo menos correm o risco de morte como um possível resultado, e normalmente acontecem como resultado de um acidente ou ato de violência.

Como resultado, os profissionais médicos geralmente reservam a descrição “traumática” para os ferimentos mais graves ou mais complicados de resolver. Muitas coisas podem se qualificar, mas condições que geralmente não incluem doenças e doenças que progridem ao longo do tempo; feridas superficiais; e complicações ou condições que eram esperadas, como em uma cirurgia.

As pessoas também podem sofrer trauma psicológico, que é uma lesão à saúde mental mais comumente causada por um evento emocionalmente chocante, doloroso ou intensamente perturbador.

É bastante comum que pessoas que testemunharam lesões traumáticas, seja para si mesmas ou para seus entes queridos, desenvolvam respostas psicológicas; isto é particularmente verdadeiro para sobreviventes de desastres naturais e outros eventos de baixas em massa. Os socorristas são frequentemente afetados. Naturalmente, esses tipos de respostas mentais também podem ser causados por instâncias mais específicas e experiências pessoais. As pessoas geralmente não mostram sinais externos de lesão ou sofrimento, mas o tumulto que sentem é muito real.

Resposta Médica

As equipes médicas geralmente são treinadas para lidar com lesões traumáticas de maneira ligeiramente diferente das outras lesões, e o pessoal da sala de emergência geralmente está nas linhas de frente. Em alguns hospitais, centros especiais de trauma foram estabelecidos para reagir rapidamente às necessidades imediatas do paciente crítico.

As pessoas tratadas nesses tipos de unidades geralmente são aquelas que estiveram envolvidas em vários tipos de acidentes, colisões ou ataques violentos.

Normalmente é composta por médicos e cirurgiões especializados que estão preparados para lidar com lesões extensas resultantes de força contundente.

As primeiras horas após uma lesão deste calibre são as mais críticas para a chance de sobrevivência de um paciente.

Certos modos de transporte médico geralmente são realmente úteis quando se trata de despachar rapidamente uma equipe de atendimento para um local de acidente.

Não é incomum que essas equipes cheguem em um helicóptero médico, que normalmente é muito mais rápido que uma ambulância.

Uma vez que a equipe médica está no local, seus membros trabalham rapidamente para estabilizar os pacientes para o transporte. A ressuscitação cardiopulmonar, a terapia intravenosa, a aplicação de um torniquete ou outras técnicas que salvam vidas podem ser realizadas para preparar o paciente para o serviço de resgate aéreo ao hospital. Uma vez que a vítima chega, cirurgia de emergência ou outras medidas extraordinárias podem ser realizadas para salvar a vida do paciente.

Recuperação e Prognóstico

Uma vez que o perigo imediato tenha sido resolvido e o paciente estabilizado, ele ou ela é freqüentemente transferido para um centro de atendimento padrão no hospital ou no ambulatório.

Pessoas gravemente feridas muitas vezes começam a recuperação em uma unidade de terapia intensiva (UTI), onde receberão atenção 24 horas por dia para garantir que permaneçam estáveis.

A maioria das pessoas que recebem tratamento rápido é capaz de se recuperar totalmente, mas muito disso depende de como as coisas eram sérias no começo.

Dimensões emocionais

Além de lesões físicas, os pacientes geralmente experimentam efeitos psicológicos ou emocionais após um incidente extremamente angustiante ou chocante, ou mesmo uma cadeia de eventos que faz com que a pessoa sinta uma angústia avassaladora. Normalmente, isso acontece quando algo horrível acontece inesperadamente e o indivíduo fica impotente para pará-lo.

Alguém que tenha sofrido abuso infantil ou tenha sido sequestrado também pode sofrer esses efeitos, logo após o evento ou anos futuros.

Muitas vezes, em adultos, uma forma de neurose como essa pode se manifestar devido a um evento traumático ocorrido durante a infância.

Os sintomas geralmente incluem pesadelos, revivendo aspectos assustadores do evento, paranoia ou sentimentos de perigo iminente. Estes podem consumir a vítima e afetar severamente a sua vida.

O tratamento psicológico, o mais cedo possível, pode ajudar a aliviar essa dor e evitar as condições mentais de longo prazo, e as intervenções farmacêuticas podem ajudar também.

O que é uma lesão aguda

Uma lesão aguda é uma lesão de início súbito, geralmente como resultado de trauma. Quando tratados prontamente, esses ferimentos são de duração limitada.

Lesões não tratadas podem desenvolver complicações que podem levar a lesões crônicas, lesões que persistem a longo prazo sem resolver e, em alguns casos, as pessoas podem morrer de lesões agudas não tratadas.

O tratamento de lesões agudas graves é a província da sala de emergência, enquanto lesões mais leves podem ser gerenciadas em casa com os primeiros socorros.

Algumas causas de lesões agudas são queimaduras, choque elétrico, acidentes de carro, quedas, entorses e distensões e brigas. Em todos os casos, um único incidente provoca uma lesão e a gravidade da lesão pode variar.

Pessoas com lesões leves retêm a consciência e não requerem intervenção médica extensa.

Lesões mais graves podem exigir cirurgia e outras medidas de emergência para evitar a perda de vida ou incapacidade permanente para a pessoa lesada.

Certas lesões agudas são causas maiores de preocupação do que outras.

Lesões na cabeça devem ser cuidadosamente avaliadas, pois podem resultar em danos cerebrais e podem colocar um paciente em risco de complicações no futuro.

Contusões no abdômen, como visto em acidentes de carro, alguns tipos de quedas e espancamentos também podem ser uma preocupação, pois é possível que o paciente sofra sangramento interno ou danos nos órgãos que não são aparentes.

Da mesma forma, uma lesão adquirida em um ambiente contaminado é preocupante para os prestadores de cuidados, porque pode levar a infecções, se microrganismos e outros materiais conseguirem entrar no corpo do paciente.

O tratamento imediato requer avaliação para determinar a localização e a natureza da lesão. O nível de consciência do paciente também deve ser avaliado. Se o paciente estiver respirando, falando e sentindo dor mínima após uma lesão aguda, isso pode ser um sinal de que a lesão é pequena e pode ser tratada com limpeza e monitoramento. Pacientes que experimentam dor severa, têm dificuldade em respirar ou desenvolvem um nível alterado de consciência podem exigir atenção de um médico.

A preocupação com essas lesões é que, se não forem tratadas adequadamente, o paciente pode desenvolver lesões secundárias. Estes podem incluir infecção,

inflamação, morte do tecido, desfiguração, dano muscular permanente e outros problemas. Fornecer aos pacientes tratamento oportuno e adequado para a lesão pode limitar os danos que levam a problemas crônicos. Por exemplo, se um atleta tem um ligamento rompido, o membro envolvido precisa estar descansado e o paciente pode precisar de fisioterapia para reconstruir a força.

Componentes

Dentro do conceito de atenção ao paciente vítima de trauma devem estar previstas a educação popular em saúde, as ações da Atenção Básica, os Serviços de Urgência/Emergência (hospitalares, componentes fixos e móveis), os Centros de Trauma, a Reabilitação, Cuidado Ambulatoriais e a Reintegração Social.

A Linha de Cuidado ao Trauma objetiva proporcionar cuidado integral e continuado, promovendo a transferência entre os pontos de atenção à saúde, tendo como pressuposto que todos têm fundamental relevância no fluxo da Linha de Cuidado.

Ainda, esta Linha de Cuidado sustenta a inquestionável relevância do papel exercido das ações de educação coletiva em saúde e da otimização do controle adequado dos fatores de risco na tentativa de redução da incidência do trauma.

Considerando a necessidade da rápida identificação da gravidade do trauma que um paciente sofreu, a rápida resolução de quadros clínicos de risco de perder a vida e reduzir sequelas, além da necessidade de estabelecer na RUE Centros de Atendimento ao Trauma por complexidade, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, definem-se como constituintes da Linha de Cuidado ao Trauma os seguintes componentes:

- Unidades de Atenção Básica à Saúde (Sala de Observação);
- Componente Móvel de Urgência (Pré-hospitalar / SAMU 192);
- Sala de Estabilização (SE);
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24horas) e Pronto-Socorros de hospitais gerais (não referenciados para atendimento ao Trauma);
- Hospitais com habilitação em Centro de Trauma (CT) Tipo I, Tipo II e Tipo III aos pacientes vítimas de trauma;
- Atenção Domiciliar;
- Serviços de Reabilitação Ambulatorial e Hospitalar;
- Enfermaria de longa permanência;
- Serviços de Reintegração Social;
- Centrais de Regulação;
- Centros de informações toxicológicas;
- Atenção Especializada Hospitalar;
- Unidades de Atenção Especializada;

É essencial que as diretrizes de atenção ao paciente vítima de trauma sejam definidos e pactuados pelos diferentes componentes da Linha de Cuidado, de forma