

GHC-RS

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO-
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.

Técnico de Enfermagem
(Intensivista Adulto)

EDITAL N° 01/2023

CÓD: SL-053MR-23
7908433233992

Língua Portuguesa

1. Leitura e compreensão de textos: Assunto. Estruturação do texto. Ideias principais e secundárias. Relação entre as ideias. Efeitos de sentido.	9
2. Figuras de linguagem.	10
3. Recursos de argumentação.....	13
4. Informações implícitas: pressupostos e subentendidos.....	19
5. Coesão e coerência textuais. Substituição de palavras e de expressões no texto.	19
6. Léxico: Significação de palavras e expressões no texto.	21
7. Estrutura e formação de palavras.....	21
8. Aspectos linguísticos: Relações morfossintáticas.	23
9. Ortografia: emprego de letras e acentuação gráfica sistema oficial vigente (inclusive o Acordo Ortográfico vigente, conforme Decreto 7.875/12).....	26
10. Relações entre fonemas e grafias.	28
11. Flexões e emprego de classes gramaticais.....	29
12. Vozes verbais e sua conversão.	37
13. Concordância nominal e verbal.	38
14. Regência nominal e verbal (inclusive emprego do acento indicativo de crase).....	39
15. Coordenação e subordinação: emprego das conjunções, das locuções conjuntivas e dos pronomes relativos.	42
16. Pontuação.....	42

Políticas Públicas da Saúde

1. Política Nacional de Atenção Básica aprovada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Diretrizes e Normas para a Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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)	55
2. Estatuto da Pessoa Idosa. BRASIL. Lei nº 10.741/2003 - e suas alterações - Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências	83
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	93
4. BRASIL. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990.	131
5. Constituição Federal: Artigos 196, 197, 198, 199 e 200	170
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	172
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	175
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	184

Informática

1. CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS XP: Área de Trabalho (Exibir, Classificar, Atualizar, Resolução da tela, Gadgets) e Menu Iniciar (Documentos, Imagens, Computador, Pannel 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; 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; Janelas (navegação no Windows e o trabalho com arquivos, pastas e bibliotecas), Pannel 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; 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 Nomes válidos: identificar e utilizar nomes válidos para bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos.	189
2. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT WORD 2016: 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; 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; 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 Ajuda: saber usar a Ajuda.....	196
3. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT EXCEL 2016: 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; Elementos: definir e identificar célula, planilha e pasta; saber selecionar e reconhecer a seleção de células, planilhas e pastas; 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; 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; Fórmulas: saber o significado e resultado de fórmulas; e Ajuda: saber usar a Ajuda.	205
4. GOOGLE CHROME VERSÃO ATUALIZADA: Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Google Chrome.....	212
5. MOZILLA FIREFOX VERSÃO ATUALIZADA: Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Mozilla Firefox.	214

Raciocínio Lógico

1. Proposições simples; Proposições compostas; Conectivos (conjunção, disjunção, disjunção exclusiva, condicional e bicondicional); Valor lógico de proposições e construção de tabelas-verdade; Álgebra proposicional	231
2. Equivalências lógicas	236
3. Negações dos conectivos (conjunção, disjunção, disjunção exclusiva, condicional e bicondicional)	241
4. Tautologia, contradição e contingência.	244
5. Diagramas lógicos.	245
6. Lógica de argumentação	247
7. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios; deduzir novas informações das relações fornecidas e avaliar as condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações.	254

Conhecimentos específicos

Técnico de Enfermagem (Intensivista Adulto)

1. Atendimento a múltiplas vítimas.	257
2. Prevenção do trauma.	259
3. Biomecânica do trauma.	264
4. Avaliação e atendimento inicial às emergências.	268
5. Trauma torácico.	269
6. Alterações Circulatórias.	272
7. Trauma abdominal.	275
8. Trauma Cranioencefálico.	279
9. Trauma raquimedular.	286
10. Trauma Musculoesquelético.	292
11. Trauma Térmico.	293
12. Trauma na Criança.	295
13. Trauma no Idoso.	298
14. Triagem, transporte, Materiais e equipamentos para sala de emergência.	302
15. Queimaduras - tratamento e condutas de enfermagem.	304
16. Síndrome de Abstinência do álcool condutas de enfermagem, Alterações metabólicas.	307
17. Ética profissional, Psiquiatria condutas do enfermagem/abordagem.	309
18. Administração de drogas em urgência e emergência.	325
19. ECG – alterações básicas.	328
20. Desfibrilação Automática Externa.	330
21. Cuidados e procedimentos gerais desenvolvidos pelo profissional Técnico de Enfermagem.	331
22. O que são DSTs, sintomas, modos de transmissão. AIDS: Sintomas e fases da doença, tratamento.	331
23. Hepatites: Vacinas disponíveis, sintomas da doença.	338
24. Câncer do colo de útero e mamas: Prevenção, detecção precoce, tratamento fornecido pela equipe de saúde, sintomas da doença.	341
25. Lavagem das mãos e suas implicações.	350
26. Controle de Infecção.	353
27. Segurança do Paciente.	360
28. Sistematização da assistência de enfermagem.	364
29. Responsabilidade ética e profissional em Enfermagem.	364
30. Cuidados de enfermagem com movimentação, deambulação, aplicação de medicamentos, higiene e conforto de pacientes acamados.	371
31. Preparo de doentes para cirurgias, enfermagem no centro cirúrgico.	386
32. Relacionar vacinas às doenças, seu armazenamento, calendário e vias de administração.	393
33. 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.	406
34. Classificação de risco nos serviços de urgência e emergência.	419
35. Doenças de notificação compulsória em território nacional.	421
36. Termos utilizados em enfermagem e seus conceitos.	430
37. Atendimento, orientação e acompanhamento à pacientes portadores de ostomias.	432

ÍNDICE

38. MENDES, Eugenio Vilaça. Rede de atenção à Saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011. 2ª edição	434
39. Lei nº 7498/1986 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.	434
40. Estrutura, organização e gestão da Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Admissão e alta do paciente na Unidade de Terapia Intensiva Adulto	436
41. Aspectos éticos e legais no atendimento ao adulto. Processo de enfermagem aplicada à saúde do adulto	440
42. Reconhecimento e manejo do paciente crítico	450
43. Assistência de enfermagem a condições crônicas e agudas de saúde	453
44. Assistência de enfermagem a pacientes com risco para infecção relacionada à assistência a saúde	454
45. Assistência de enfermagem no centro cirúrgico	454
46. Assistência de enfermagem a pacientes adultos submetidos à anestesia	454
47. Assistência de enfermagem a pacientes adultos com dor (aguda ou crônica)	455
48. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças hematológicas e oncológicas.	456
49. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema respiratório	469
50. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema cardiovascular	476
51. Assistência de enfermagem a pacientes em desequilíbrio eletrolítico e ácido-básico	487
52. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema digestório.	488
53. Assistência de enfermagem a pacientes em situações emergenciais.	495
54. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema músculo esquelético.	540
55. Assistência de enfermagem a pacientes com risco para integridade da pele e integridade tissular prejudicada	549
56. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema urinário	556
57. Assistência de enfermagem a usuários com infecções adquiridas na comunidade	563
58. Assistência de enfermagem a pacientes com distúrbios vasculares e cerebrais	568
59. Assistência de enfermagem a pacientes com intoxicação exógena e que sofreram acidentes por animais peçonhentos	573
60. Farmacologia aplicada a enfermagem de terapia intensiva	574
61. Assistência de enfermagem a pacientes Vítimas de Trauma.	578
62. Cuidados com hemodiálise contínua e intermitente	578
63. Transporte de pacientes graves	582
64. Monitoração da função respiratória, cardiovascular, neurológica, renal, gastrointestinal, hepática e endócrina	583
65. Suporte Básico de Vida. Atendimento a paciente em parada cardiorrespiratória	584

Exemplo

Estava mais angustiado que um goleiro na hora do gol, quando você entrou em mim como um sol no quintal.
(Belchior)

Catacrese: emprego de um termo em lugar de outro para o qual não existe uma designação apropriada.

Exemplos

- folha de papel
- braço de poltrona
- céu da boca
- pé da montanha

Sinestesia: fusão harmônica de, no mínimo, dois dos cinco sentidos físicos.

Exemplo

Vem da sala de linotipos a doce (gustativa) música (auditiva) mecânica.
(Carlos Drummond de Andrade)

A fusão de sensações físicas e psicológicas também é sinestesia: “ódio amargo”, “alegria ruidosa”, “paixão luminosa”, “indiferença gelada”.

Antonímia: substitui um nome próprio por uma qualidade, atributo ou circunstância que individualiza o ser e notabiliza-o.

Exemplos

- O filósofo de Genebra (= Calvino).
- O águia de Haia (= Rui Barbosa).

Metonímia: troca de uma palavra por outra, de tal forma que a palavra empregada lembra, sugere e retoma a que foi omitida.

Exemplos

- Leio Graciliano Ramos. (livros, obras)
- Comprei um panamá. (chapéu de Panamá)
- Tomei um Danone. (iogurte)

Alguns autores, em vez de metonímia, classificam como sinédoque quando se têm a parte pelo todo e o singular pelo plural.

Exemplo

A cidade inteira viu assombrada, de queixo caído, o pistoleiro sumir de ladrão, fugindo nos cascos de seu cavalo. (singular pelo plural)
(José Cândido de Carvalho)

Figuras Sonoras

Aliteração: repetição do mesmo fonema consonantal, geralmente em posição inicial da palavra.

Exemplo

Vozes veladas veludasas vozes volúpias dos violões, vozes veladas.
(Cruz e Sousa)

Assonância: repetição do mesmo fonema vocal ao longo de um verso ou poesia.

Exemplo

Sou Ana, da cama,
da cana, fulana, bacana
Sou Ana de Amsterdam.
(Chico Buarque)

Paronomásia: Emprego de vocábulos semelhantes na forma ou na prosódia, mas diferentes no sentido.

Exemplo

Berro pelo aterro pelo desterro berro por seu berro pelo seu [erro]
quero que você ganhe que
[você me apanhe]
sou o seu bezerro gritando
[mamãe].
(Caetano Veloso)

Onomatopeia: imitação aproximada de um ruído ou som produzido por seres animados e inanimados.

Exemplo

Vai o ouvido apurado
na trama do rumor suas nervuras
inseto múltiplo reunido
para compor o zanzineio surdo
circular opressivo
zunzin de mil zonzons zoando em meio à pasta de calor
da noite em branco
(Carlos Drummond de Andrade)

Observação: verbos que exprimem os sons são considerados onomatopaicos, como cacarejar, tiquetaquear, miar etc.

Figuras de sintaxe ou de construção

Dizem respeito a desvios em relação à concordância entre os termos da oração, sua ordem, possíveis repetições ou omissões.

Podem ser formadas por:

omissão: assíndeto, elipse e zeugma;

repetição: anáfora, pleonismo e polissíndeto;

inversão: anástrofe, hipérbato, sínquise e hipálage;

ruptura: anacoluto;

concordância ideológica: silepse.

Retrospectivamente, percebe-se que, entre os itens necessários à implantação da ESF nas PNAB 2006 e 2011, encontrava-se uma única referência à cobertura universal. Ela se construiu de forma mediada, representada pela relação entre o número previsto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada. Nessas PNAB, constava que, para a implantação de EqSF, seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por EqSF. A PNAB 2011 acrescentou o alerta de que não se deveria ultrapassar o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando a preocupação com as condições que poderiam diretamente afetar a qualidade da atenção.

No texto da PNAB 2017, anterior à consulta pública, não há nenhuma referência à cobertura universal. A referência a 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas:

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos.

A flexibilização da cobertura populacional está relacionada também aos parâmetros da relação equipe/população apresentados no item 'Funcionamento'. Ali se lê que a população adscrita recomendada por equipe de AB e EqSF é de 2 mil a 3,5 mil pessoas. Entretanto, neste mesmo item, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de "outros arranjos de adscrição" 3(70), com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance "maior ou menor do que o parâmetro recomendado" 3(70). A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica assegurada a qualidade do cuidado.

Na PNAB 2011 havia a seguinte indicação: "quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe" 2(55). Segundo essa redação, o critério de flexibilização de parâmetros populacionais apontava claramente a intenção de favorecer aqueles que apresentassem maior necessidade de atenção. O mesmo não pode ser dito em relação à nova PNAB, que, mais uma vez, se descompromete a adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado. Ao desconsiderar a relação entre quantidade e qualidade, a afirmação de que deve ser assegurada a qualidade do cuidado torna-se mera retórica.

A cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

Deste modo, pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o 'elo' entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos,

destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Essas alterações articuladas abrem um precedente inédito na história da PNAB, que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS.

A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços

Pode-se dizer que, além da universalidade, outro princípio com o qual a PNAB 2017 se descompromete é o da integralidade. Isto se dá, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Estes padrões distinguem-se entre 'essenciais' e 'ampliados'.

Os padrões essenciais são 'as ações e os procedimentos básicos', que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo 'básico' se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Os padrões ampliados correspondem a ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando as especificidades locais e decisão da gestão.

Entretanto, tais padrões são apenas recomendados. A PNAB projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, que, como já advertido, tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Não há nenhum conteúdo especificado que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões. Não se sabe quais procedimentos e ações integram o padrão básico e, portanto, mantém-se a incerteza sobre a capacidade de esse padrão atender as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas na APS. Em relação ao padrão ampliado, cabe questionar: existem ações e cuidados que integram a AB hoje, e que podem ser negligenciados a ponto de constituírem um padrão opcional, ou seja, apenas recomendável? A análise empreendida conclui o inverso. Este é um modo de consentir com o aprofundamento das desigualdades e a segmentação do acesso e do cuidado que marcam a APS em diversos países da América Latina, como apontam Giovanella et al.

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços 'essenciais' e 'ampliados', é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. Segundo Conill, Fausto e Giovanella, a segmentação e a fragmentação são categorias fundamentais para a compreensão dos problemas dos sistemas de saúde. Estão relacionadas à garantia dos direitos sociais e são muito sensíveis aos problemas de financiamento público, com efeitos restritivos às possibilidades de acesso aos demais níveis de atenção e à constituição de redes integradas de atenção à saúde.

A segmentação propugnada pela PNAB deve ser examinada de modo articulado à racionalidade, aos interesses e à perspectiva de sistema de saúde enunciada pelo atual ministro da saúde, Ricardo Barros, segundo a qual seria desejável compreender os setores pú-

Na Área de trabalho encontramos os seguintes itens:

Ícones

Figuras que representam recursos do computador, um ícone pode representar um texto, música, programa, fotos e etc. você pode adicionar ícones na área de trabalho, assim como pode excluir. Alguns ícones são padrão do Windows: Meu Computador, Meus Documentos, Meus Locais de Rede, Internet Explorer.



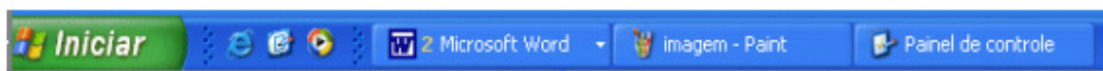
Alguns ícones de aplicativos no Windows XP.

Barra de tarefas

A barra de tarefas mostra quais as janelas estão abertas neste momento, mesmo que algumas estejam minimizadas ou ocultas sob outra janela, permitindo assim, alternar entre estas janelas ou entre programas com rapidez e facilidade.

A barra de tarefas é muito útil no dia a dia. Imagine que você esteja criando um texto em um editor de texto e um de seus colegas lhe pede para você imprimir uma determinada planilha que está em seu micro. Você não precisa fechar o editor de textos.

Apenas salve o arquivo que está trabalhando, abra a planilha e mande imprimir, enquanto imprime você não precisa esperar que a planilha seja totalmente impressa, deixe a impressora trabalhando e volte para o editor de textos, dando um clique no botão correspondente na Barra de tarefas e volte a trabalhar.



Barra de tarefas do Windows XP.

Botão Iniciar

É o principal elemento da Barra de Tarefas. Ele dá acesso ao Menu Iniciar, de onde se pode acessar outros menus que, por sua vez, acionam programas do Windows. Ao ser acionado, o botão Iniciar mostra um menu vertical com várias opções.



Botão Iniciar.

Alguns comandos do menu Iniciar têm uma seta para a direita, significando que há opções adicionais disponíveis em um menu secundário. Se você posicionar o ponteiro sobre um item com uma seta, será exibido outro menu.

O botão Iniciar é a maneira mais fácil de iniciar um programa que estiver instalado no computador, ou fazer alterações nas configurações do computador, localizar um arquivo, abrir um documento.

Menu Iniciar



Menu Iniciar.

Então, através de Morgan, negar $p \wedge q$ (Carlos é professor E a moeda do Brasil é o Real,) equivale a dizer, Carlos não é professor OU a moeda do Brasil não é o real

Da mesma forma, negar $p \vee q$ (Carlos é professor OU a moeda do Brasil é o Real) equivale a Carlos não é professor E a moeda do Brasil não é o Real.

Estas leis podem parecer abstratas mas através da prática é possível familiarizar-se com elas, já que são importantes aliadas para resolver diversas questões.

ÁLGEBRA DAS PROPOSIÇÕES

Propriedades da Conjunção: Sendo as proposições p , q e r simples, quaisquer que sejam t e w , proposições também simples, cujos valores lógicos respectivos são V (verdade) e F (falsidade), temos as seguintes propriedades:

1) Idempotente: $p \wedge p \Leftrightarrow p$ (o símbolo " $\Leftrightarrow$ " representa equivalência).

A tabela verdade de $p \wedge p$ e p , são idênticas, ou seja, a bicondicional $p \wedge p \Leftrightarrow p$ é tautológica.

p	$p \wedge p$	$p \wedge p \Leftrightarrow p$
V	V	V
F	F	V

2) Comutativa: $p \wedge q \Leftrightarrow q \wedge p$

A tabela verdade de $p \wedge q$ e $q \wedge p$ são idênticas, ou seja, a bicondicional $p \wedge q \Leftrightarrow q \wedge p$ é tautológica.

p	q	$p \wedge q$	$q \wedge p$	$p \wedge q \Leftrightarrow q \wedge p$
V	V	V	V	V
V	F	F	F	V
F	V	F	F	V
F	F	F	F	V

3) Associativa: $(p \wedge q) \wedge r \Leftrightarrow p \wedge (q \wedge r)$

A tabela verdade de $(p \wedge q) \wedge r$ e $p \wedge (q \wedge r)$ são idênticas, ou seja, a bicondicional $(p \wedge q) \wedge r \Leftrightarrow p \wedge (q \wedge r)$ é tautológica.

p	q	r	$p \wedge q$	$(p \wedge q) \wedge r$	$q \wedge r$	$p \wedge (q \wedge r)$
V	V	V	V	V	V	V
V	V	F	V	F	F	F
V	F	V	F	F	F	F
V	F	F	F	F	F	F
F	V	V	F	F	V	F
F	V	F	F	F	F	F
F	F	V	F	F	F	F
F	F	F	F	F	F	F

4) Identidade: $p \wedge t \Leftrightarrow p$ e $p \wedge w \Leftrightarrow w$

A tabela verdade de $p \wedge t$ e p , e $p \wedge w$ e w são idênticas, ou seja, a bicondicional $p \wedge t \Leftrightarrow p$ e $p \wedge w \Leftrightarrow w$ são tautológicas.

p	t	w	$p \wedge t$	$p \wedge w$	$p \wedge t \Leftrightarrow p$	$p \wedge w \Leftrightarrow w$
V	V	F	V	F	V	V
F	V	F	F	F	V	V

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 morbi-mortalidade 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.

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

1 Fonte: www.cursosaprendiz.com.br