



SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA - RS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO
DA PATRULHA – RIO GRANDE DO SUL

Técnico em Enfermagem

EDITAL N° 01, DE 12 DE JULHO DE 2023

CÓD: SL-143JL-23
7908433239673

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.....	12
3. Recursos de argumentação.....	15
4. Informações implícitas: pressupostos e subentendidos.....	21
5. Coesão e coerência textuais. Substituição de palavras e de expressões no texto.....	22
6. Léxico: Significação de palavras e expressões no texto.....	23
7. Estrutura e formação de palavras.....	23
8. Aspectos linguísticos: Relações morfossintáticas.Flexões e emprego de classes gramaticais.....	25
9. Ortografia: (emprego de letras e acentuação gráfica) sistema oficial vigente.....	33
10. Relações entre fonemas e grafias.....	38
11. Vozes verbais e sua conversão.....	40
12. Concordância nominal e verbal.....	40
13. Regência nominal e verbal (inclusive emprego do acento indicativo de crase).....	42
14. Coordenação e subordinação: emprego das conjunções, das locuções conjuntivas e dos pronomes relativos.....	45
15. Pontuação.....	48

Matemática

1. Conjuntos Numéricos: Números naturais, inteiros, racionais, irracionais e reais. Operações fundamentais (adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação), propriedades das operações, múltiplos e divisores, números primos,.....	57
2. mínimo múltiplo comum, máximo divisor comum.....	64
3. Razões e Proporções: grandezas direta e inversamente proporcionais, divisão em partes direta e inversamente proporcionais, regra de três simples e composta.....	65
4. Sistema de Medidas: comprimento, capacidade, massa e tempo (unidades, transformação de unidades),.....	70
5. sistema monetário brasileiro.....	76
6. Cálculo algébrico: monômios e polinômios.....	77
7. Funções: Ideia de função, interpretação de gráficos, domínio e imagem, função do 1º grau, função do 2º grau - valor de máximo e mínimo de uma função do 2º grau.....	79
8. Equações de 1º e 2º graus. Sistemas de equações de 1º grau com duas incógnitas.....	84
9. Triângulo retângulo: relações métricas no triângulo retângulo, teorema de Pitágoras e suas aplicações, relações trigonométricas no triângulo retângulo.i. Teorema de Tales. j. Geometria Plana: cálculo de área e perímetro de polígonos. Circunferência e Círculo: comprimento da circunferência, área do círculo.....	88
10. Noções de Geometria Espacial: elementos, medidas, áreas e volumes de primas, cubos, paralelepípedos, cilindros, cones e esferas.....	91
11. Matemática Financeira: porcentagem, juros simples, juros compostos, descontos, taxas proporcionais.....	93
12. Estatística: Cálculo de média aritmética simples e média aritmética ponderada, moda e mediana.....	96

Legislação

1. Lei Orgânica do Município (todos os artigos).....	101
2. Regime Jurídico dos Servidores Públicos e alterações (todos os artigos): Lei Complementar Municipal nº 035/2005.....	118
3. Constituição Federal de 1988: Artigos 1º ao 6º, 18, 19, 29, 29-A, 30, 31, 37 ao 41 e 44 ao 47.....	134
4. Lei Federal nº 8.429/1992 - Lei de improbidade Administrativa	144

Conhecimentos Específicos Técnico em Enfermagem

1. Atribuições do cargo.. Lei Municipal nº 6.487/2012	157
2. Ética no Serviço público	157
3. Decreto Federal nº 1.171/1994.....	158
4. Lei Federal nº 8.027/1990.....	160
5. Legislação do SUS: Constituição Federal de 1988 - Título VIII, Capítulo II, Seção II (Da Saúde - Arts. 196 a 200);.....	162
6. Lei Federal nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde);	163
7. Decreto Federal nº 7.508/2011 (Regulamentação da Lei Orgânica da Saúde).	173
8. Atenção Básica: Estratégia de saúde da família na Atenção Básica à saúde.....	177
9. Coleta de dados: e-SUS Atenção Básica.....	177
10. Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde (Política Nacional de Atenção Básica).....	178
11. Indicadores Previne Brasil: Normas Técnicas nº 13/2022, nº 14/2022, nº 15/2022, nº 16/2022, nº 18/2022, nº 22/2022 e nº 23/2022 do Ministério da Saúde.	200
12. Doenças de notificação compulsória: Portaria nº 264/2020 do Ministério da Saúde.....	200
13. Noções de anatomia e fisiologia humana: alterações anatômicas e sinais vitais.	203
14. Necessidades humanas básicas: oxigenação	244
15. Nutrição, dietética, hidratação, eliminações, medidas de higiene e conforto, e outras relacionadas aos fundamentos de enfermagem.....	251
16. Conhecimentos sobre microbiologia, parasitologia e epidemiologia	257
17. Educação, prevenção e controle de infecções em serviços de saúde e na comunidade. Preparo e manuseio de materiais: esterilização, higiene e profilaxia.....	269
18. Doenças em geral: prevenção, sinais, sintomas, orientações, cuidados, atendimento aos pacientes e tratamento	275
19. Sistematização da Assistência de Enfermagem.	296
20. Administração e Gestão dos serviços de saúde.....	297
21. Cuidados e procedimentos gerais desenvolvidos pelo profissional de Enfermagem.....	301
22. Assistência de enfermagem em prevenção e controle de doenças infectocontagiosas.	308
23. Assistência de enfermagem em Pré-natal e Puerpério.....	308
24. Atendimento à saúde da criança em sua integridade.	323
25. Cuidados de enfermagem: em administração de medicamentos, em uso de cateteres, drenos e sondas, em feridas, em terapia respiratória, conforto e sinais vitais.	340
26. Educação Permanente.	361
27. Legislação em enfermagem.	362
28. Legislação básica do SUS.....	366
29. Limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização de materiais.	366

ÍNDICE

30. Calendário nacional de vacinação.....	366
31. Vigilância epidemiológica. Vigilância em saúde.	380
32. Programa Nacional de Segurança do paciente.	380
33. Política Nacional de humanização.	384
34. Suporte Básico e Avançado de Vida em Pacientes Adultos e Pediátricos.....	390
35. Atendimento Pré-Hospitalar.	398
36. Suporte Básico e Avançado de Vida no Trauma.	399
37. Diagnóstico de Enfermagem.	400
38. Coleta de exames Laboratoriais.	406
39. Assistência e procedimentos de enfermagem em exames: Preparo do leito, movimentação, transporte e contenção do paciente.	417
40. Assistência de enfermagem: rotinas, cuidados, técnicas e procedimentos em serviços básicos de saúde, bem como clínica-cirúrgica, urgência e emergência ao paciente crítico	427
41. Farmacologia aplicada à enfermagem: cálculo de administração de medicamentos e soluções, bem como suas características e efeitos	491
42. Prevenção de acidentes.....	502
43. Primeiros socorros.....	505
44. Saúde Pública: Políticas Nacionais de Saúde.....	517
45. Sistema Único de Saúde, Princípios, diretrizes, infraestrutura e funcionamento da atenção básica, funções e responsabilidades na rede de atenção à saúde.....	531
46. Educação em saúde.....	539
47. Prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde.....	539
48. Vigilância e prioridades em saúde.....	552
49. Humanização da assistência à saúde,.....	558
50. Ações e programas de saúde (criança, adolescente, mulher, homem e idoso),.....	558
51. DST's, doenças infectocontagiosas.....	594
52. Saúde mental.....	594
53. Doenças crônicas comuns na atenção básica, imunizações, prevenção e combate às doenças,.....	607
54. Direitos do usuário da saúde.....	608
55. Segurança do trabalhador em saúde.....	614

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/>

IDENTIFICAÇÃO DE EFEITOS DE IRONIA OU HUMOR EM TEXTOS VARIADOS**Ironia**

Ironia é o recurso pelo qual o emissor diz o contrário do que está pensando ou sentindo (ou por pudor em relação a si próprio ou com intenção depreciativa e sarcástica em relação a outrem).

A ironia consiste na utilização de determinada palavra ou expressão que, em um outro contexto diferente do usual, ganha um novo sentido, gerando um efeito de humor.

Exemplo:



Na construção de um texto, ela pode aparecer em três modos: ironia verbal, ironia de situação e ironia dramática (ou satírica).

Ironia verbal

Ocorre quando se diz algo pretendendo expressar outro significado, normalmente oposto ao sentido literal. A expressão e a intenção são diferentes.

Exemplo: Você foi tão bem na prova! Tirou um zero incrível!

Ironia de situação

A intenção e resultado da ação não estão alinhados, ou seja, o resultado é contrário ao que se espera ou que se planeja.

Exemplo: Quando num texto literário uma personagem planeja uma ação, mas os resultados não saem como o esperado. No livro “Memórias Póstumas de Brás Cubas”, de Machado de Assis, a personagem título tem obsessão por ficar conhecida. Ao longo da vida, tenta de muitas maneiras alcançar a notoriedade sem suces-

taquicardia, diminuição da temperatura do corpo, entre outras, e que atualmente um número crescente de cientistas tem aceitado o stress como fator precipitante de qualquer doença, não apenas das psicossomáticas.

Além disso, Azambuja (2000) refere a insustentabilidade da concepção cartesiana de mente e corpo, falando do campo da psiconeuroimunologia, que “cria um novo contexto em que não existem partes separadas, e tudo influencia tudo, tornando-se absurdo enfocar a patologia e o tratamento unicamente do corpo e, pior ainda, de uma de suas partes sem considerar o funcionamento geral” (p.407).

No que tange à localização das lesões de pele, a maior parte dos estudos avalia qualidade de vida. Schmid, Jaeger e Lamprecht (1996) mencionam que os pacientes com lesões na região do baixo ventre e genital relatam sentimentos de estigmatização com maior intensidade do que pacientes acometidos em outras áreas do corpo. Quando se discute local da lesão, está implicada a questão da aparência física. No estudo de Mingnorance, Loureiro e Okino (2002), os pacientes que relataram insatisfação quanto à aparência física, quando comparados ao grupo com percepção satisfatória da aparência, apresentaram prejuízo significativamente maior nas atividades rotineiras ($p < 0,05$) e na qualidade de vida geral ($p < 0,01$).

No estudo de Ludwig e Oliveira (2007), que avaliou qualidade de vida e localização da lesão dermatológica, não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre dois grupos (rosto e/ou mãos; outras partes do corpo), sendo o número de associações entre os instrumentos de qualidade de vida SF-36 (qualidade de vida geral) e DLQI-BRA (qualidade de vida específica) muito superior no grupo com lesões em rosto e/ou mãos. Quando se fez a divisão mais detalhada da localização da lesão, em cinco grupos, houve diferenças significativas, sendo o grupo com a maior mediana aquele com lesões generalizadas (rosto e mãos e outras). As autoras inferem que, independentemente da localização da lesão no corpo, o sentimento de exposição e os prejuízos a que fica submetido o paciente dermatológico são semelhantes, seja a lesão mais exposta ou menos exposta ao olhar do outro.

Kadyk, McCarter e Achen (2003) estudaram qualidade de vida em pacientes com dermatite de contato, encontrando um escore significativamente pior no item relacionado à aparência da pele, em comparação aos que não têm a face acometida. Além disso, pacientes com a face afetada sentem um maior grau de prejuízo, que tende a ser significativo, e apresentam escores melhores do que aqueles sem acometimento da face em duas questões: medo de ser despedido e dificuldade de usar as mãos no trabalho.

Não houve diferenças significativas, nas escalas de sintomas ou emoções, entre ter ou não as mãos afetadas, no mesmo estudo. Os autores da pesquisa referem diversos relatos de que a dermatite de contato nas mãos afeta negativamente as habilidades para trabalhar e continuar as atividades diárias normais.

Também M.A. Gupta e A.K. Gupta (2003) e Hautman e Pancoseni (1997) apontam a importância de considerações sobre o tema da localização da lesão, referindo que até mesmo uma doença benigna em partes do corpo “carregadas de emoção” (por exemplo, o rosto, a cabeça e o pescoço) pode debilitar particularmente o paciente.

Enfermagem em emergência e cuidados intensivos:

a. Assistência de enfermagem em situações de urgência e emergência:

A urgência é caracterizada como um evento grave, que deve ser resolvido urgentemente, mas que não possui um caráter imediatista, ou seja, deve haver um empenho para ser tratada e pode ser planejada para que este paciente não corra risco de morte.

A emergência é uma situação gravíssima que deve ser tratada imediatamente, caso contrário, o paciente vai morrer ou apresentará uma sequela irreversível.

Neste contexto, a enfermagem participa de todos os processos, tanto na urgência quanto na emergência. São diversos locais onde os profissionais de enfermagem podem atuar como, por exemplo:

- Unidades de atendimento pré-hospitalar;
- Unidades de saúde 24 horas;
- Pronto socorro;
- Unidades de terapia intensiva;
- Unidades de dor torácica;
- Unidade de terapia intensiva neo natal
- E até mesmo em unidades de internação.

Os profissionais de enfermagem devem estar atentos e preparados para atuarem em situações de urgência e emergência, pois a capacitação profissional, a dedicação e o conhecimento teórico e prático, irão fazer a diferença no momento crucial do atendimento ao paciente.

Muitas vezes estas habilidades não são treinadas e quando ocorre a situação de emergência, o que vemos são profissionais correndo de um lado para outro sem objetividade, com dificuldades para atender o paciente e ainda com medo de aproximar-se da situação.

Por outro lado, quando temos uma equipe treinada, capacitada e motivada, o atendimento é realizado muito mais rapidez e eficiência, podendo na maioria das vezes, salvar muitas vidas.

A enfermagem trabalha diariamente com pacientes em risco de morte e que dependem deste cuidado para que mantenham suas vidas. As ações da equipe de enfermagem visam sempre à assistência ao paciente da melhor forma possível, expressando assim, a qualidade e a importância da nossa profissão.

Estudar, capacitar, praticar são ações essenciais para o desenvolvimento profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, portanto estar preocupado com as ações desenvolvidas no dia a dia de trabalho é fundamental.

Os serviços de Urgência e Emergência podem ser fixos a exemplo da Unidades de Pronto Atendimento e as emergências de hospitais ou móveis como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ainda, podem ter diferentes complexidades para atendimento de demandas urgentes e emergentes clínicas e cirúrgicas em geral ou específicas como unidades cardiológicas, pediátricas e traumatológicas.

O importante é que, independente da complexidade ou da classificação do serviço, existem 5 coisas imprescindíveis que todo Enfermeiro de Urgência e Emergência deve saber.

1. Acolhimento e Classificação de Risco:

O acolhimento do paciente e família na prática das ações de atenção e gestão nas unidades de saúde tem sido importante para uma atenção humanizada e resolutiva.

No entanto, somente em 1986 foi estabelecido o conceito de Promoção da Saúde, durante a Conferência de Ottawa, como sendo o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

A Conferência de Sundsvall (1991) que teve como tema central a criação de Ambientes Saudáveis à Saúde, reconheceu a mulher como peça importante para a sua construção ao considerar o crescimento populacional uma ameaça ao desenvolvimento sustentável, tendo em vista a superpovoação de ambientes insalubres e o aumento da pobreza, o que incrementou a discussão sobre políticas de saúde da mulher e sobre o planejamento familiar.

Com o objetivo de adaptar os princípios, estratégias e compromissos relacionados ao sucesso da saúde da população à realidade dos países latinos, aconteceu a Declaração de Bogotá (1992). Partindo dos pressupostos já estabelecidos pelas conferências anteriores, este evento estabeleceu como compromisso para a promoção da saúde, a eliminação dos efeitos diferenciais da iniquidade sobre a mulher, considerando-a como um elo indispensável na promoção da saúde na América Latina.

Nota-se que as políticas de incentivo e apoio à saúde da mulher representaram temáticas importantes em várias das Conferências de Saúde, apesar da valorização da fase reprodutiva observada nas primeiras discussões.

Essa retrospectiva traz à tona o olhar reducionista do conceito de saúde baseado no modelo biomédico, como ausência de enfermidades, e o conceito de doença como uma fatalidade. Assim, o advento da Promoção da Saúde propõe o surgimento de um novo paradigma que objetiva romper com a visão fatalista da doença, arraigada culturalmente, e aprofundar o conceito de saúde sob uma nova ótica.

Esse novo paradigma rompe a visão curativa e centralizadora do modelo biomédico até então vigente, o que por atuar com enfoque individualista, curativo e baseado na doença é de alto custo e baixo impacto. O novo paradigma proposto baseia-se na promoção da saúde e não na cura de doenças, tem caráter coletivo, de autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos, e atua por meio de parcerias com educação, ação social e trabalho.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher versus Promoção da Saúde

Tendo em vista a necessidade de mudanças no cenário nacional referente às políticas voltadas à saúde da mulher, que englobe os pressupostos da promoção da saúde, foi formulada a PNAISM para nortear as ações de atenção à saúde da mulher de 2004 a 2007.

Os princípios e diretrizes dessa nova proposta foram discutidos em parceria com diversos segmentos da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadores rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não-governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Esta foi uma iniciativa importante do Governo e que se baseia nos princípios da promoção, respeitando a autonomia dos sujeitos em questão e tornando-os coautores de um processo decisório relevante para a categoria. Também demonstra a preocupação em adotar políticas consoantes às necessidades das mulheres brasileiras e, assim, reduzir os índices de morbidade e de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o que não aconteceu na gênese das políticas anteriores.

Além disso, este documento consolida avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Propõem-se também a contemplar áreas como: prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico.

Esta nova política foi formulada tendo por base a avaliação das políticas anteriores e, a partir de então, buscou preencher as lacunas deixadas, como: climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas.

Embora tenham sido observados avanços em relação à implementação dessas políticas, percebe-se ainda a exclusão de certos segmentos da sociedade, tendo em vista, que grupos como o das prostitutas, que representa uma população extremamente vulnerável a vários agravos, como: doenças sexualmente transmissíveis, violência sexual e a própria marginalização da sociedade, continuam alijados das propostas de atenção à saúde.

A PNAISM reforça a humanização da atenção em saúde, concebendo que humanização e qualidade da atenção são aspectos indissociáveis. Nesse sentido, é imprescindível considerar que humanizar é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável, devendo ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos três níveis da assistência, provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contra referência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços.

A mulher, a partir de então, é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades aumentando a qualidade da assistência.

A PNAISM completa está disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios.

Para atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – do Brasil aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

- Acesso e Acolhimento: objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

Considerando estes elementos, as diretrizes foram construídas destacando-se um conjunto de ações com foco em promoção, prevenção, assistência e recuperação, nos diferentes níveis de atenção à saúde, priorizando a atenção básica e a integração das ações governamentais com as da sociedade civil organizada (SCHWARZ et al., 2012).

O desafio de promover um novo olhar na atenção à saúde do homem A PNAISH foi lançada em 2009, juntamente com o seu instrumento norteador para a construção de ações e estratégias voltadas para a saúde do homem: o Plano de Ação Nacional (PAN), triênio 2009-2011.

O PAN, elaborado também de forma participativa como a política, foi essencial no processo inicial de implementação da política ao disponibilizar uma Matriz de Planejamento que destacava a importância do aperfeiçoamento dos sistemas de informação, do monitoramento das ações e dos processos de avaliação, com o propósito de qualificar o processo de tomadas de decisão (MOURA; LIMA; URDANETA, 2012).

O PAN serviu de referência para a elaboração de Projeto-Piloto de 26 municípios e Distrito Federal selecionados pelo MS. Assim, foram elaborados 27 planos-pilotos. Até o final de 2011, 132 municípios em todo país haviam pactuado com a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH) a implantação da PNAISH por meio do repasse de recursos financeiros estabelecido por normativas do MS (GOMES, 2013).

No que tange ao quesito avaliação na PNAISH, esta tem como finalidade verificar sua efetividade por meio do cumprimento dos princípios e das diretrizes da política. Em outras palavras, significa verificar o seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina, sendo o principal item de medida utilizado até 2011, os indicadores do Pacto pela Vida (Brasil, 2009).

Desta forma, para que possamos compreender como a PNAISH chega aos serviços da AB no SUS e quais são os desafios de promover as mudanças necessárias, selecionamos dois artigos que fazem parte de dois estudos maiores intitulados: Avaliação das Ações iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (GOMES, 2011) e Fortalecimento da PNAISH: compromisso versus ação na Atenção Básica (GOMES, 2013), realizados entre 2010 e 2012.

Para coleta de dados, foram selecionadas cinco localidades, uma em cada macrorregião do país, que se constituíram em Projetos-Piloto para implantação da política em questão. São estes: Goiânia (GO), Joinville (SC), Petrolina (PE), Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ). Acompanhe a seguir mais informações sobre os estudos e seus resultados.

Título: Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Objetivo: Descrever as estratégias e limitações, referentes a dois eixos que compõem a PNAISH: promoção da saúde e implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem.

Método: Estudo de caso múltiplo.

Instrumento: Questionário autoaplicável.

Sujeitos: Gestores responsáveis pela implantação da política ou técnicos responsáveis pelas atividades de monitoramento das ações.

(MOURA; LIMA; URDANETA, 2012)

Acesse o estudo completo aqui:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001000009&script=sci_arttext>

Título: O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde.

Objetivo: compreender como a PNAISH chega aos serviços da Atenção Básica a partir do ponto de vista dos seus profissionais.

Método: Pesquisa etnográfica.

Instrumento: Entrevista.

Sujeitos: 27 gestores e profissionais de saúde, que trabalhavam em 11 serviços de saúde, sendo 8 de Atenção Básica e 3 de Assistência Especializada à Saúde.

(LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012)

Acesse o estudo completo aqui:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000010>

Avanços e desafios do controle social

Ao avanço representado pela instituição das CIST, como exigência para a habilitação dos Cerest, da mesma forma que em outras instâncias de participação dos usuários no setor saúde, a representação dos trabalhadores nessas comissões constitui-se em desafio permanente para transformar representação em representatividade. O baixo nível de mobilização das organizações da classe trabalhadora repercute na pouca efetividade das estruturas de controle social para garantir a priorização de ações de atenção em ST nos planos estaduais e municipais de saúde. Há uma tendência de se transferir a responsabilidade da participação para as próprias organizações (sindicatos, associações, movimentos). É um desafio mudar esse equívoco de compreensão. Lidando com um Estado, cujos sucessivos governos lhes cassam direitos e não lhes dão as respostas adequadas às suas necessidades, pouco lhes resta além da reticência e desconfiança. O desafio se situa na mudança de estratégia de aproximação, acolhimento e reconquista da confiança.

Um desafio adicional é a organização de CIST, geralmente vinculada ao Cerest Regional do município-sede. Os demais municípios da região, que podem variar de unidades a dezenas, não possuem representação do controle social. No último Inventário da Renast havia 126 CIST, no Brasil, sendo 27 estaduais e 99 municipais. No levantamento de 2014, dos 209 Cerest habilitados, apenas 34 informaram que houve participação dos trabalhadores nas ações de Visat. Quanto à participação dos trabalhadores na elaboração da Programação Anual de Saúde, somente 74 a confirmaram.

Redimensionar estruturas de representação impõe-se como tarefa a ser enfrentada no planejamento futuro da Renast. Algumas iniciativas recentes adquirem importância, como a criação de observatórios das centrais sindicais e os avanços observados nas reivindicações de atenção à saúde dos trabalhadores, especialmente em sindicatos rurais. Outros espaços de articulação como os Fóruns Intersindicais de articulação entre sindicatos, Cerest e instâncias formadoras (acadêmicas) são avanços recentes que reforçam o papel das CIST, não só por ampliar seu território de abrangência, como pela possibilidade de formação qualificada para dirigentes sindicais e trabalhadores em geral.¹¹

Doenças ocupacionais

Muitas vezes, as doenças laborais aparecem de forma silenciosa, depois de 10 ou 15 anos de trabalho. Nesses casos, o tratamento é difícil e é muito frequente que as limitações decorrentes da própria doença impossibilitem o retorno ao serviço. Para outros trabalhadores, a retomada da atividade profissional significa o agravamento da doença, já que ela está ligada à atividade que desempenhavam.

A gravidade da situação demonstra a necessidade de as empresas adotarem um rigoroso Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que, entre outros objetivos, visa a evitar a ocorrência de doenças laborais.

Descubra agora quais são as doenças ocupacionais mais comuns e veja o que fazer para preveni-las:

1. Dermatose Ocupacional (DO)

Caracterizadas por alterações na pele e mucosa, as dermatoses ocupacionais (DOs) englobam:

- Dermatites de contato;
- Cânceres de pele;
- Infecções;
- Ulcerações.

Essas e outras disfunções, quando diagnosticadas como doenças ocupacionais, são causadas pela exposição do trabalhador a determinados agentes durante o desempenho de suas funções. Esses agentes podem ser de natureza química, física ou biológica.

A dermatose ocupacional acomete, principalmente, quem desempenha atividades que utilizam óleo mecânico e graxa.

Prevenção

A correta utilização do EPI (Equipamento de Proteção Individual) — no caso, as luvas — impede o contato da pele com tais produtos.

Além disso, exames médicos periódicos, orientações aos funcionários e afastamento do fator irritante — ou do que está causando a alergia — são essenciais.

2. Lesão por Esforço Repetitivo (LER)

A LER é causada pelo exercício prolongado e repetitivo de determinado movimento. Ela pode ser adquirida e desenvolvida por pessoas que desempenham as mais variadas funções.

Como a LER consegue reduzir, de maneira significativa, a capacidade do colaborador de realizar suas atividades, ela pode levar, inclusive, a uma aposentadoria por invalidez. Além disso, a lesão por esforço repetitivo é um caso típico de doença ocupacional silenciosa, que pode ser constatada apenas em estado já avançado.

Prevenção

Para prevenir a LER, o recomendável é que sejam utilizados equipamentos ergonômicos, como descanso para os pés para quem fica muito tempo sentado ou apoio para o pulso para quem digita muito.

As pausas durante a atividade ou trabalho também são de extrema importância, assim como a ginástica laboral para o fortalecimento das articulações e músculos que são atingidos pelos esforços repetitivos.

3. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORTs)

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho são adquiridos e desenvolvidos, principalmente, em decorrência da má postura contínua, dos riscos ambientais, da sobrecarga de esforço físico e da repetição de movimentos. Abaixo, alguns exemplos desses distúrbios:

- Mialgias;
- Tendinites;
- Bursites;
- Dedo em gatilho;
- Dores crônicas.

A dor nas costas, também conhecida como dorsalgia, é, hoje, um dos principais motivos de afastamento do trabalho. Sua causa pode ser desde um estresse até uma hérnia de disco.

Além dos fatores desencadeantes das DORTs já mencionados, no caso da dor nas costas, a obesidade pode também estar relacionada.

Prevenção

A contratação de um profissional habilitado para orientar o colaborador quanto às boas práticas para o desempenho de suas funções é a melhor maneira de se prevenir a DORT.

¹¹Fonte: www.scielosp.org