



EMBU DAS ARTES-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE EMBU DAS ARTES
SÃO PAULO

Técnico de Enfermagem

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2023

CÓD: SL-0690T-23
7908433243625

Língua Portuguesa

1. Fonema. Sílabas.....	9
2. Ortografia.....	10
3. Classes de Palavras: substantivo, adjetivo, preposição, conjunção, advérbio, verbo, pronome, numeral, interjeição e artigo	10
4. Acentuação	18
5. Concordância nominal. Concordância Verbal	20
6. Sinais de Pontuação.....	21
7. Uso da Crase	23
8. Colocação dos pronomes nas frases	24
9. Análise Sintática Período Simples e Composto	24
10. Figuras de Linguagem	27
11. Interpretação de Textos	29

Matemática

1. Conjunto de números reais. Radicais: operações – simplificação, propriedade – racionalização de denominadores	39
2. Razão e Proporção. Porcentagem. Juros Simples. MDC e MMC	42
3. Fatoração de expressão algébrica. Expressão algébrica – operações. Expressões algébricas fracionárias – operações – simplificação.....	46
4. Sistema de medidas: comprimento, superfície, massa, capacidade, tempo e volume: unidades de medida; transformações de unidades	50
5. Estatística: noções básicas, interpretação e construção de tabelas e gráficos	52
6. Geometria: elementos básicos, conceitos primitivos, representação geométrica no plano	58
7. Noções de probabilidade e análise combinatória.....	63

Conhecimentos - Saúde

1. A Saúde Pública no Brasil.....	73
2. Sistema Único de Saúde (SUS).....	75
3. Redes de Atenção à Saúde.....	76
4. Modelos de Atenção à Saúde.....	76
5. Atenção Primária à Saúde.....	78
6. Protocolos do SUS.....	78
7. Gestão do SUS: diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular;.....	80
8. Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS.....	82
9. Planejamento e Programação.....	83
10. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	84
11. Política Nacional da Atenção Básica.....	85
12. Vigilância em Saúde.....	86
13. Redes de Atenção à Saúde.....	91
14. Sistema Nacional de Informações em saúde.....	91

ÍNDICE

15. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil: retrospectiva histórica	94
16. reforma sanitária	94
17. Promoção à saúde	95
18. Controle social: conselhos e conferências municipais de saúde.....	96
19. Estratégia de Saúde da Família.	96
20. Determinantes Sociais em Saúde.....	97
21. BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Atualizada).....	98
22. BRASIL. Lei 8.142 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.	108
23. 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. (Atualizada).	109
24. BRASIL. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.....	113
25. BRASIL. Resolução nº 588 de julho de 2018. Institui a Política nacional de Vigilância em Saúde.....	133
26. BRASIL. Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.....	140
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.....	143
28. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, com as Emendas Constitucionais – Da Saúde.....	143
29. BRASIL. 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. (Atualizada).....	143
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.....	166
31. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde de pessoa idosa.....	166

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Processo de Trabalho em Enfermagem.....	180
2. Ética e Legislação em Enfermagem.....	190
3. Registros de Enfermagem	196
4. Fundamentos básicos do cuidado em Enfermagem: Preparo e administração de medicamentos e suas legislações; Interações medicamentosas.....	212
5. Nebulização, oxigenioterapia e aspiração das vias aéreas superiores.....	222
6. Cuidados com cateterismo vesical.....	229
7. Cuidados com sondas nasogástrica e nasoenteral.....	230
8. Cuidados com drenos	233
9. Tratamento de feridas.....	235
10. Sinais vitais.....	238
11. Processamento de artigos hospitalares	240
12. Medidas de higiene e conforto	242

ÍNDICE

13. Manuseio de material estéril	243
14. Segurança no ambiente de trabalho: Controle de infecção hospitalar e normas de biossegurança	253
15. NR 32/2005 – Saúde e Segurança Ocupacional em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e suas atualizações.....	262
16. Riscos e acidentes ocupacionais e suas formas de prevenção.....	277
17. Ergonomia.....	293
18. Medidas de proteção à saúde do trabalhador.....	293
19. Organização do ambiente e da unidade hospitalar	293
20. Programa nacional de imunização	294
21. Cuidados de Enfermagem a clientes com distúrbios: oncológicos, respiratórios, cardiovasculares, neurológicos, hematológicos, gastrintestinais, geniturinários, endócrinos, metabólicos, hidreletrolíticos, ginecológicos, obstétricos e de locomoção .	307
22. Concepções sobre o processo saúde doença.....	318
23. Cuidados de Enfermagem em urgência e emergência.....	321
24. Cuidados de Enfermagem no pré, trans e pós-operatório.....	370
25. Políticas de Saúde no Brasil	377
26. Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental.....	400
27. Medidas de Educação em saúde.....	413
28. Noções de Epidemiologia geral e regional.....	427
29. Assistência à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, do idoso e do trabalhador.....	436
30. Prevenção de doenças infectocontagiosas	508
31. Referências Bibliográficas - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.....	529
32. BOLICK, Dianna e outros. Segurança e Controle de Infecção. Reichmann & Affonso Editores	529
33. KAWAMOTO, Emilia Emi; FORTES, Julia Ikeda. Fundamentos de Enfermagem EPU	530
34. LIMA, Idelmina Lopes de e outros. Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem. Editora.....	530
35. MOTTA, A. L. C. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. Iátria.	531
36. MUSSI, N.M. (et al.). Técnicas fundamentais de enfermagem.....	531
37. PIANUCCI, Ana. Saber Cuidar: Procedimentos Básicos em Enfermagem. Senac	532
38. São Paulo. - BRASIL. Portaria nº 2.616, de 12 de maio 1998. Dispõe sobre prevenção e controle das infecções hospitalares .	532
39. Cadernos de Atenção Básica	537
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p...	551

Parênteses

a) Para isolar datas, palavras, referências em citações, frases intercaladas de valor explicativo, podendo substituir o travessão ou a vírgula:

“Mal me viu, perguntou (sem qualquer discricção, como sempre) quem seria promovido.”

Travessão

1 – Para introduzir a fala de um personagem no discurso direto:

“O rapaz perguntou ao padre:
— Amar demais é pecado?”

2 – Para indicar mudança do interlocutor nos diálogos:

— Vou partir em breve.
— Vá com Deus!”

3 – Para unir grupos de palavras que indicam itinerários:

“Esse ônibus tem destino à cidade de São Paulo — SP.”

4 – Para substituir a vírgula em expressões ou frases explicativas:

“Michael Jackson — o retorno rei do pop — era imbatível.”

Aspas

1 – Para isolar palavras ou expressões que violam norma culta, como termos populares, gírias, neologismos, estrangeirismos, arcaísmos, palavrões, e neologismos.

“Na juventude, ‘azarava’ todas as meninas bonitas.”
“A reunião será feita ‘online’.”

2 – Para indicar uma citação direta:

“A índole natural da ciência é a longanimidade.” (Machado de Assis)

USO DA CRASE

Definição: na gramática grega, o termo quer dizer “mistura” ou “contração”, e ocorre entre duas vogais, uma final e outra inicial, em palavras unidas pelo sentido. Basicamente, desse modo: a (preposição) + a (artigo feminino) = *à*; a (preposição) + aquela (pronome demonstrativo feminino) = *àquela*; a (preposição) + aquilo (pronome demonstrativo feminino) = *àquilo*. Por ser a junção das vogais, a crase, como regra geral, ocorre diante de palavras femininas, sendo a única exceção os pronomes demonstrativos *aquilo* e *aquela*, que recebem a crase por terem “a” como sua vogal inicial. Crase não é o nome do acento, mas indicação do fenômeno de união representado pelo acento grave.

A crase pode ser a contração da preposição *a* com:

– O artigo feminino definido *a/as*: “Foi *à* escola, mas não assistiu *às* aulas.”

– O pronome demonstrativo *a/as*: “Vá *à* paróquia central.”

– Os pronomes demonstrativos *aquela(s)*, *aquela(s)*, *aquilo*: “Retorne *àquela* mesmo local.”

– O *a* dos pronomes relativos *a qual* e *as quais*: “São pessoas *às* quais devemos o maior respeito e consideração”.

Perceba que a incidência da crase está sujeita à presença de duas vogais *a* (*preposição + artigo ou preposição + pronome*) na construção sintática.

Técnicas para o emprego da crase

1 – Troque o termo feminino por um masculino, de classe semelhante. Se a combinação *ao* aparecer, ocorrerá crase diante da palavra feminina.

Exemplos:

“Não conseguimos chegar *ao* hospital / *à* clínica.”
“Preferiu a fruta *ao* sorvete / *à* torta.”
“Comprei o carro / a moto.”
“Irei *ao* evento / *à* festa.”

2 – Troque verbos que expressem a noção de movimento (ir, vir, chegar, voltar, etc.) pelo verbo *voltar*. Se aparecer a preposição *da*, ocorrerá crase; caso apareça a preposição *de*, o acento grave não deve ser empregado.

Exemplos:

“Vou *a* São Paulo. / Voltei *de* São Paulo.”
“Vou *à* festa dos Silva. / Voltei *da* Silva.”
“Voltarei *a* Roma e *à* Itália. / Voltarei *de* Roma e *da* Itália.”

3 – Troque o termo regente da preposição *a* por um que estabeleça a preposição *por*, *em* ou *de*. Caso essas preposições não se façam contração com o artigo, isto é, não apareçam as formas *pela(s)*, *na(s)* ou *da(s)*, a crase não ocorrerá.

Exemplos:

“Começou *a* estudar (sem crase) – Optou por estudar / Gosta de estudar / Insiste em estudar.”
“Refiro-me *à* sua filha (com crase) – Apaixonei-me pela sua filha / Gosto da sua filha / Votarei na sua filha.”
“Refiro-me *a* você. (sem crase) – Apaixonei-me por você / Gosto de você / Penso em você.”

4 – Tratando-se de locuções, isto é, grupo de palavras que expressam uma única ideia, a crase somente deve ser empregada se a locução for iniciada por preposição e essa locução tiver como núcleo uma palavra feminina, ocorrerá crase.

Exemplos:

“Tudo *às* avessas.”
“Barcos *à* deriva.”

5 – Outros casos envolvendo locuções e crase:

Na locução «*à moda de*», pode estar implícita a expressão “*moda de*”, ficando somente o *à* explícito.

Exemplos:

“Arroz *à* (moda) grega.”
“Bife *à* (moda) parmegiana.”

Nas locuções relativas a horários, ocorra crase apenas no caso de horas especificadas e definidas: Exemplos:

“*À* uma hora.”
“*Às* cinco e quinze”.

Mínimo Múltiplo Comum

O mínimo múltiplo comum (m.m.c) de dois ou mais números é o menor número, diferente de zero.

Para calcular devemos seguir as etapas:

- Decompor os números em fatores primos
- Multiplicar os fatores entre si

Exemplo:

15,24	2
15,12	2
15,6	2
15,3	3
5,1	5
1	

Para o mmc, fica mais fácil decompor os dois juntos.

Basta começar sempre pelo menor primo e verificar a divisão com algum dos números, não é necessário que os dois sejam divisíveis ao mesmo tempo.

Observe que enquanto o 15 não pode ser dividido, continua aparecendo.

Assim, o mmc (15,24) = $2^3 \cdot 3 \cdot 5 = 120$

Exemplo

O piso de uma sala retangular, medindo 3,52 m x 4,16 m, será revestido com ladrilhos quadrados, de mesma dimensão, inteiros, de forma que não fique espaço vazio entre ladrilhos vizinhos. Os ladrilhos serão escolhidos de modo que tenham a maior dimensão possível.

Na situação apresentada, o lado do ladrilho deverá medir

- (A) mais de 30 cm.
- (B) menos de 15 cm.
- (C) mais de 15 cm e menos de 20 cm.
- (D) mais de 20 cm e menos de 25 cm.
- (E) mais de 25 cm e menos de 30 cm.

Resposta: A.

352	2	416	2
176	2	208	2
88	2	104	2
44	2	52	2
22	2	26	2
11	11	13	13
1		1	

Devemos achar o mdc para achar a maior medida possível
E são os fatores que temos iguais: $2^5=32$

Exemplo

(MPE/SP – Oficial de Promotora I – VUNESP/2016) No aeroporto de uma pequena cidade chegam aviões de três companhias aéreas. Os aviões da companhia A chegam a cada 20 minutos, da companhia B a cada 30 minutos e da companhia C a cada 44 minutos. Em um domingo, às 7 horas, chegaram aviões das três companhias ao mesmo tempo, situação que voltará a se repetir, nesse mesmo dia, às:

- (A) 16h 30min.
- (B) 17h 30min.
- (C) 18h 30min.
- (D) 17 horas.
- (E) 18 horas.

Resposta: E.

20,30,44	2
10,15,22	2
5,15,11	3
5,5,11	5
1,1,11	11
1,1,1	

$Mmc(20,30,44)=2^2 \cdot 3 \cdot 5 \cdot 11=660$

1h---60minutos

x----660

$x=660/60=11$

Então será depois de 11horas que se encontrarão

$7+11=18h$

FATORAÇÃO DE EXPRESSÃO ALGÉBRICA. EXPRESSÃO ALGÉBRICA – OPERAÇÕES. EXPRESSÕES ALGÉBRICAS FRACTIONÁRIAS – OPERAÇÕES – SIMPLIFICAÇÃO.

Expressões algébricas são expressões matemáticas que apresentam números, letras e operações. As expressões desse tipo são usadas com frequência em fórmulas e equações.

As letras que aparecem em uma expressão algébrica são chamadas de variáveis e representam um valor desconhecido.

Os números escritos na frente das letras são chamados de coeficientes e deverão ser multiplicados pelos valores atribuídos as letras.

Exemplo:

(PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO/SP – AGENTE DE ADMINISTRAÇÃO – VUNESP) Uma loja de materiais elétricos testou um lote com 360 lâmpadas e constatou que a razão entre o número de lâmpadas queimadas e o número de lâmpadas boas era $2/7$. Sabendo-se que, acidentalmente, 10 lâmpadas boas quebraram e que lâmpadas queimadas ou quebradas não podem ser vendidas, então a razão entre o número de lâmpadas que não podem ser vendidas e o número de lâmpadas boas passou a ser de

- (A) $1/4$.
- (B) $1/3$.

- (D) 13 horas e 30 minutos.
 (E) 13 horas e 20 minutos.

12. (CÂMARA DE SUMARÉ – ESCRITURÁRIO – VUNESP/2017) Renata foi realizar exames médicos em uma clínica. Ela saiu de sua casa às 14h 45 min e voltou às 17h 15 min. Se ela ficou durante uma hora e meia na clínica, então o tempo gasto no trânsito, no trajeto de ida e volta, foi igual a

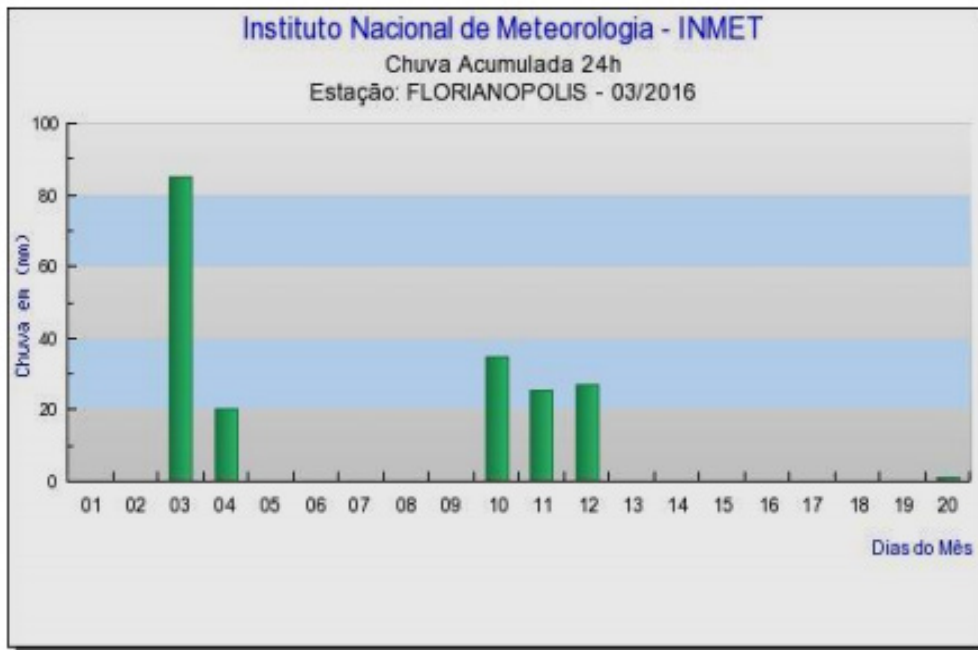
- (A) 1/2h.
 (B) 3/4h.
 (C) 1h.
 (D) 1h 15min.
 (E) 1 1/2h.

13. (CÂMARA DE SUMARÉ – ESCRITURÁRIO – VUNESP/2017) Uma indústria produz regularmente 4500 litros de suco por dia. Sabe-se que a terça parte da produção diária é distribuída em caixinhas P, que recebem 300 mililitros de suco cada uma. Nessas condições, é correto afirmar que a cada cinco dias a indústria utiliza uma quantidade de caixinhas P igual a

- (A) 25000.
 (B) 24500.
 (C) 23000.
 (D) 22000.
 (E) 20500.

14. (Pref. Fortaleza/CE – Pedagogia – Pref. Fortaleza) “Estar alfabetizado, neste final de século, supõe saber ler e interpretar dados apresentados de maneira organizada e construir representações, para formular e resolver problemas que impliquem o recolhimento de dados e a análise de informações. Essa característica da vida contemporânea traz ao currículo de Matemática uma demanda em abordar elementos da estatística, da combinatória e da probabilidade, desde os ciclos iniciais” (BRASIL, 1997).

Observe os gráficos e analise as informações.



I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - (revogado).

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

§ 7º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 8º Os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 9º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 10. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 11. Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 12. Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o § 12 deste artigo, adequarão a remuneração dos cargos ou dos respectivos planos de carreiras, quando houver, de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insu- mos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

- a orientação ao trabalhador e a seus familiares, quanto ao seu problema de saúde e os encaminhamentos necessários para a recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida;

- afastamento do trabalho ou da exposição ocupacional, caso a permanência do trabalhador represente um fator de agravamento do quadro ou retarde sua melhora, ou naqueles nos quais as limitações funcionais impeçam o trabalho;

- o estabelecimento da terapêutica adequada, incluindo os procedimentos de reabilitação;

- solicitação à empresa da emissão da CAT para o INSS, responsabilizando-se pelo preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM). Essa providência se aplica apenas aos trabalhadores empregados e segurados pelo SAT/INSS. No caso de funcionários públicos, por exemplo, devem ser obedecidas as normas específicas (ver capítulo 5);

- notificação à autoridade sanitária, por meio dos instrumentos específicos, de acordo com a legislação da saúde, estadual e municipal, viabilizando os procedimentos da vigilância em saúde. Também deve ser comunicado à DRT/MTE e ao sindicato da categoria a que o trabalhador pertence.

A decisão quanto ao afastamento do trabalho é difícil, exigindo que inúmeras variáveis de caráter médico e social sejam consideradas:

- os casos com incapacidade total e/ou temporária devem ser afastados do trabalho até melhora clínica, ou mudança da função e afastamento da situação de risco;

- no caso do trabalhador ser mantido em atividade, devem ser identificadas as alternativas compatíveis com as limitações do paciente e consideradas sem risco de interferência na evolução de seu quadro de saúde;

- quando o dano apresentado é pequeno, ou existem atividades compatíveis com as limitações do paciente e consideradas sem risco de agravamento de seu quadro de saúde, ele pode ser remanejado para outra atividade, em tempo parcial ou total, de acordo com seu estado de saúde;

- quando houver necessidade de afastar o paciente do trabalho e/ou de sua atividade habitual, o médico deve emitir relatório justificando as razões do afastamento, encaminhando-o ao médico da empresa, ou ao responsável pelo PCMSO. Se houver indícios de exposição de outros trabalhadores, o fato deverá ser comunicado à empresa e solicitadas providências corretivas.

Atenção especial deve ser dada à decisão quanto ao retorno ao trabalho. É importante avaliar se a empresa ou a instituição oferece programa de retorno ao trabalho, com oferta de atividades compatíveis com a formação e a função do trabalhador, que respeite suas eventuais limitações em relação ao estágio pré-lesão e prepare colegas e chefias para apoiar o trabalhador na nova situação, alargando a concepção de capacidade para o trabalho adotada na empresa, de modo a evitar a exclusão do trabalhador no seu local de trabalho.

Considerando o caráter de construção da Área de Saúde do Trabalhador, é importante que os profissionais dos serviços de saúde estejam imbuídos da responsabilidade de produção e divulgação do conhecimento acumulado

BASES TÉCNICAS PARA O CONTROLE DOS FATORES DE RISCO E PARA A MELHORIA DOS AMBIENTES E DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO

A eliminação ou a redução da exposição às condições de risco e a melhoria dos ambientes de trabalho para promoção e proteção da saúde do trabalhador constituem um desafio que ultrapassa o âmbito de atuação dos serviços de saúde, exigindo soluções técnicas, às vezes complexas e de elevado custo. Em certos casos, medidas simples e pouco onerosas podem ser implementadas, com impactos positivos e protetores para a saúde do trabalhador e o meio ambiente.

O controle das condições de risco para a saúde e melhoria dos ambientes de trabalho envolve as seguintes etapas:

- identificação das condições de risco para a saúde presentes no trabalho;

- caracterização da exposição e quantificação das condições de risco;

- discussão e definição das alternativas de eliminação ou controle das condições de risco;

- implementação e avaliação das medidas adotadas.

É muito importante que os trabalhadores participem de todas as fases desse processo, pois, como foi assinalado no capítulo anterior, em muitos casos, a despeito de toda sofisticação técnica, apenas os trabalhadores são capazes de informar sutis diferenças existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real, que explicam o adoecimento e o que deve ser modificado para que se obtenha os resultados desejados.

Na atualidade, a preocupação com o meio ambiente e a saúde das populações residentes na área de influência das unidades produtivas vem fortalecendo o movimento que busca a mudança de processos de trabalho potencialmente lesivos para a saúde das populações e o ambiente, o que pode ser um aliado importante para a saúde do trabalhador.

São apresentadas, a seguir, algumas considerações sobre o conceito de risco e fator ou condições de risco para a saúde; as metodologias disponíveis para o reconhecimento dos riscos; algumas das alternativas para a eliminação ou a redução da exposição às condições de risco para a saúde e a melhoria dos ambientes de trabalho visando à proteção da saúde do trabalhador. Mais informações e o aprofundamento dessas questões podem ser obtidos na bibliografia relacionada ao final do capítulo. Identificação e Avaliação das Condições de Risco

O conceito de risco aqui utilizado deriva da palavra inglesa hazard, que vem sendo traduzida para o português como perigo ou fator de risco ou situação de risco. Segundo Trivelato (1998), o conceito de risco é bidimensional, representando a possibilidade de um efeito adverso ou dano e a incerteza da ocorrência, distribuição no tempo ou magnitude do resultado adverso. Assim, de acordo com essa definição, situação ou fator de risco é “uma condição ou conjunto de circunstâncias que tem o potencial de causar um efeito adverso, que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente”. Ainda segundo Trivelato (1998), os fatores de risco podem ser classificados, segundo sua natureza, em:

ERGONOMIA

Entende-se por ergonomia o estudo entre a relação do corpo humano, com o ambiente de trabalho no qual está inserido. Tem como objetivo otimizar o bem-estar do ser humano com o intuito de melhorar seu desenvolvimento dentro do espaço de trabalho.

Dentro desse ambiente, existe a preocupação com o bem-estar do trabalhador, incluindo sua saúde, durante suas atividades, uma vez que isso influencia diretamente na boa execução de suas funções.

É necessário analisar o local de trabalho, incluindo a condição das instalações, a mobília e os equipamentos. A Norma Reguladora 17 é responsável por tratar sobre a ergonomia dos mobiliários, sendo adequados ou não para o ambiente de trabalho, além das condições que devem ser adequadas para que o trabalhador execute suas funções.

Especialmente em seu artigo 17.3.1 da NR17, são estabelecidos alguns critérios a serem seguidos sobre a posição sentada, sendo que o mobiliário necessita possuir regulagens, com o intuito de que o trabalhador possa regular a altura de acordo com as suas características físicas.

Outro fator que influencia diretamente no conforto do trabalhador inserido em seu ambiente de trabalho é o nível de ruído sonoro. A NR MTE 17 e a NBR Inmetro 10152 estabelece que os ruídos acima de 65dB devem ser reavaliados.

Atividades praticadas na posição sentada, recomenda-se que utilizem apoio para os pés, com o intuito de adaptar às condições biomecânicas do trabalhador.

Entende-se por risco ergonômico tudo aquilo que pode interferir causando desconforto e afetando sua saúde, como por exemplo movimento repetitivos, postura inadequada, levantamento excessivo de peso, entre outros. É necessário adequar ergonomicamente esses ambientes de trabalho, diminuindo o esforço das tarefas e o risco de acidentes de trabalho.

Sabe-se que com o envelhecimento ocorre a diminuição progressiva da força muscular. Os músculos são responsáveis pela manutenção da estabilidade corporal e pela manutenção dos movimentos articulares. Com essa diminuição da força muscular, ocorre o desgaste das estruturas envolvidas nos movimentos. Isso favorece o aparecimento de doenças como artrites, artroses, tendinites e outros.

Desse modo, a prática de exercícios laborais são considerados de extrema importância para a manutenção da força muscular dos trabalhadores. Esses exercícios são determinados por profissionais de fisioterapia e não dispensam a realização de outros exercícios de força muscular. São realizados dentro do ambiente de trabalho e devem ser realizados antes e depois da jornada.

MEDIDAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

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

ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE E DA UNIDADE HOSPITALAR

A lógica da organização do SUS pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, com a finalidade de se conhecer os problemas de saúde de cada população. Essa lógica favorece a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária; de controle de vetores; e de educação em saúde, além do acesso aos demais níveis de complexidade, como atenção ambulatorial e hospitalar.

A forma de organização pode ser entendida como modelo de atenção, que é apresentado por Paim (2008) como a forma de organização de unidades de prestação de serviços de saúde, incluindo estabelecimentos, redes, sistemas. Outra concepção apresentada pelo autor é a forma de organização do processo de prestação de serviços: atenção à demanda espontânea; oferta organizada/ações programáticas; vigilância da saúde, contemplando território, condições e modos de vida; e integralidade.

A atenção básica à saúde é também apresentada como atenção primária à saúde, sendo o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS, conforme demonstrado pela Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde.

A atenção primária inclui um rol de procedimentos menos complexos caracterizados por apresentar tecnologia de baixa densidade. A atenção primária é subentendida como sendo capaz de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. Porém, sua organização, desenvolvimento e aplicação nem sempre são de simples compreensão, exigindo profundo conhecimento da realidade da população atendida. Como infraestrutura necessária para a atenção primária, destacamos a unidade básica de saúde, com ou sem o Programa Saúde da Família.

Cabe à atenção primária o encaminhamento dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. É possível suprir até 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município se a atenção básica estiver organizada. Isso mostra a importância desse nível de atenção no contexto do SUS.

A média complexidade no âmbito do SUS, com relação ao seu papel e poder organizativo, é definida, por exclusão, pelas ações que transcendem aquelas da atenção básica e as que ainda não se configuram como alta complexidade. Vem sendo compreendida como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica.

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constituiu-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema e tem sido organizada com base na lógica da oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico, ou conjunto de doenças e agravos, da população. Existe uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade de aquisição de serviços, configurada em uma oferta muitas vezes insuficiente e, em outras, desregulada, mais condicionada por razões de mercado e menos pelas necessidades de atenção à saúde. Os efeitos do estrangulamento da oferta da atenção ambulatorial de média complexidade forçam, de certa forma, a ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussão nos custos do sistema. Nesse estrangulamento, des-

portantes pilares. Organizar as ações no nível da Atenção Básica é o primeiro desafio a que se lança o BRASIL SORRIDENTE, na certeza de que sua consecução significará a possibilidade de mudança do modelo assistencial no campo da saúde bucal.

Cadernos de Atenção Básica nº 15 – Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares.

Evidências suficiente demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude.

Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral.

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos.

Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de

trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Na série dos Cadernos de Atenção Básica, este dedicado a Hipertensão Arterial Sistêmica atualiza conhecimentos e estratégias e visa melhorar a capacidade da atenção básica para a abordagem integral desse agravo, baseia-se nas evidências científicas atuais e são economicamente sustentáveis para a grande maioria da população brasileira dependente do Sistema Público de Saúde. Tem como grande desafio reduzir a carga dessa doença e reduzir o impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento.

Cadernos de Atenção Básica nº 14 – Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Renais Crônicas

Ao longo dos dois últimos séculos, a revolução tecnológica e industrial, com consequências econômicas e sociais, resultaram em uma mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o câncer e as doenças cardiovasculares.

A carga econômica das DCNT produz elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces, e, sobretudo para a sociedade, famílias e as pessoas portadoras dessas doenças. A doença cardiovascular representa hoje no Brasil a maior causa de mortes; o número estimado de portadores de Diabetes e de Hipertensão é de 23.000.000; cerca de 1.700.000 pessoas têm doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise.

Essas taxas tendem a crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo.

O Ministério da Saúde vêm adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira como as medidas antitabágicas, as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola e, ainda, as ações de atenção à hipertensão e ao diabetes com garantia de medicamentos básicos na rede pública e, aliado a isso, a capacitação de profissionais. A campanha do Pratique Saúde é um bom exemplo como estratégia de massa para a disseminação da informação e sensibilização da população para a adoção de hábitos saudáveis de vida.

É importante registrar que a adoção da estratégia Saúde da Família como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) exige.

Esse protocolo é uma proposição do Departamento de Atenção Básica/ Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde, sendo a primeira iniciativa brasileira de ação estruturada e de base populacional para a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares (DCV) e renal crônica em larga escala. Foi rigorosamente baseado nas evidências científicas atuais e teve a contribuição efetiva de profissionais de reconhecido saber e das sociedades científicas da área. Deve ser implementado na rede pública de saúde, sobretudo, nas cerca de 25 mil Equipes Saúde da Família hoje existentes no Brasil. Isso exige um esforço conjunto dos gestores públicos federal, estaduais e municipais, sociedades científicas, instituições de ensino, profissionais de saúde e sociedade em geral para o completo êxito na prevenção e controle das doenças cardiovasculares e renais do nosso país.