



FEMAR-RJ

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE MARICÁ -
RIO DE JANEIRO

Técnico de Enfermagem

EDITAL FEMAR Nº 1/2023

CÓD: SL-032NV-23
7908433244868

Língua Portuguesa

1. Língua portuguesa, a variedade padrão e a variedades geográficas, sociais e situacionais	7
2. Ortografia oficial	7
3. Léxico e significação das palavras.	8
4. Pontuação.	9
5. Classes, estrutura e formação de palavras.....	11
6. Concordância	21
7. regênciaz.....	23
8. Colocação.	25
9. Estrutura sintática da frase.	26
10. Figuras de linguagem.	29
11. Texto e discurso.	31
12. Recursos coesivos. Coerência e conhecimento prévio.....	32
13. Gêneros textuais e tipos de textos: descritivo, narrativo, expositivo, argumentativo e injuntivo	33

Noções de Legislação do SUS

1. SUS: conceitos, fundamentação legal, financiamento, princípios, diretrizes e articulação com serviços de saúde	49
2. Organização do Sistema Único de Saúde – SUS: comissões intergestores, Conselhos Nacionais e suas respectivas composições.....	52
3. Controle Social: organização social e comunitária	53
4. Sistema Único de Saúde e Política Social	54
5. Constituição Federal de 1988 (Arts. 196 ao 200).....	54
6. Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências	56
7. Lei 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 de saúde e da outras providências	66
8. Decreto 7508, 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 ..	67
9. Portaria 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)	70

Conhecimentos Específicos

Técnico de Enfermagem

1. Política Nacional da atenção básica (PNAB). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Princípios e Diretrizes da atenção básica e níveis de atenção a saúde	95
2. Estratégia Saúde da Família. A saúde mental na atenção básica e suas ações terapêuticas. Transtornos mentais comuns e persistentes da saúde mental.	95
3. A abordagem da Redução de Danos.	108

ÍNDICE

4. Conhecimento básicos sobre os conceitos e condutas diante das queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências na atenção básica: anafilaxia, cefaleia, diarreia e vômitos, dispneia, disúria, doenças de pele, dor abdominal, dor de ouvido, dor de garganta, dor lombar, dor torácica, intoxicação aguda por plantas tóxicas, agentes contaminantes e medicamentos, mordeduras de animais, queimaduras, síndromes gripais, sangramento genital anormal, tonturas e vertigens, urgências oftalmológicas, violências e maus tratos	108
5. Conhecimentos sobre dispositivos respiratórios e procedimentos de enfermagem relacionados à oxigenoterapia e aos cuidados com as vias aéreas.....	148
6. Procedimentos de enfermagem relacionados a higienização e conforto	155
7. Conhecimentos sobre definições, parâmetros e técnicas para verificação dos sinais vitais.....	156
8. Conhecimentos sobre acessos venosos, infusões.....	169
9. Conhecimentos sobre conceitos e assistência de enfermagem na criança e no adulto para as patologias: angina instável e infarto agudo do miocárdio (IAM), sepse e choque séptico, cetoacidose diabética, hipoglicemia, hiperglicemia, anemia falciforme, reações transfusionais, crise convulsiva e estado de mal epiléptico, chikungunya, zika vírus, desidratação, infecção urinária na emergência, asma, pneumonia, erisipela, infecções de partes moles, complicações da diálise, injúria renal, hemorragia digestiva alta e baixa, urticária aguda e angioedema na criança, doença diarreica na infância, influenza – H1N1 e bronquiolite	171
10. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC)	240
11. Doenças de notificação compulsória	271
12. Código de Ética	274
13. Lei do Exercício Profissional	279
14. Normas éticas do COFEN	287
15. Programa Nacional de Imunizações: calendário, vacinas e soros heterólogos, cadeia de frio, normas e rotinas	287
16. Noções básicas sobre administração de fármacos: cuidados, preparo, efeitos colaterais e assistência de enfermagem, cálculos para a administração de medicações/soluções.....	300
17. Procedimentos básicos de enfermagem	310
18. Biossegurança. Tipos de precaução.	316
19. Monitorização hemodinâmica	322
20. Manejo do paciente crítico	325
21. Conceitos e assistência de enfermagem em situações de emergências e urgências e no trauma	328
22. HIV/AIDS, hepatites e outras IST.	375
23. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e conhecimento sobre conceitos de identidade de gênero e orientação sexual.....	379
24. Conhecimento definição, prevenção e tratamentos das DCNT e Incapacidades	384
25. Doenças infecciosas e parasitárias.....	388
26. Covid-19.....	409
27. Diabetes mellitus	410
28. Hipertensão arterial sistêmica	413
29. Promoção de saúde	415
30. Humanização no SUS	428
31. Princípios e Diretrizes do SUS	437
32. Promoção de saúde.	437

(quilômetro), *W* (watt) e *Kg* (quilograma).

– Para transcrever nomes próprios estrangeiros ou seus derivados na língua portuguesa, como Britney, Washington, Nova York.

Relação som X grafia: confira abaixo os casos mais complexos do emprego da ortografia correta das palavras e suas principais regras:

«ch» ou «x»? deve-se empregar o X nos seguintes casos:

– Em palavras de origem africana ou indígena. Exemplo: *oxum*, *abacaxi*.

– Após ditongos. Exemplo: *abaixar*, *faixa*.

– Após a sílaba inicial “en”. Exemplo: *enxada*, *enxergar*.

– Após a sílaba inicial “me”. Exemplo: *mexilhão*, *mexer*, *mexerica*.

s” ou “x”? utiliza-se o S nos seguintes casos:

– Nos sufixos “ese”, “isa”, “ose”. Exemplo: *síntese*, *avisa*, *verminose*.

– Nos sufixos “ense”, “osa” e “oso”, quando formarem adjetivos. Exemplo: *amazonense*, *formosa*, *jocoso*.

– Nos sufixos “ês” e “esa”, quando designarem origem, título ou nacionalidade. Exemplo: *marquês/marquesa*, *holandês/holandesa*, *burguês/burguesa*.

– Nas palavras derivadas de outras cujo radical já apresenta “s”. Exemplo: *casa* – *casinha* – *casarão*; *análise* – *analisar*.

Porque, Por que, Porquê ou Por quê?

– *Porque* (junto e sem acento): é conjunção explicativa, ou seja, indica *motivo/razão*, podendo substituir o termo *pois*. Portanto, toda vez que essa substituição for possível, não haverá dúvidas de que o emprego do *porque* estará correto. Exemplo: Não choveu, *porque/pois* nada está molhado.

– *Por que* (separado e sem acento): esse formato é empregado para introduzir uma pergunta ou no lugar de “o motivo pelo qual”, para estabelecer uma relação com o termo anterior da oração. Exemplos: *Por que* ela está chorando? / Ele explicou *por que* do cancelamento do show.

– *Porquê* (junto e com acento): trata-se de um substantivo e, por isso, pode estar acompanhado por artigo, adjetivo, pronome ou numeral. Exemplo: Não ficou claro *o porquê* do cancelamento do show.

– *Por quê* (separado e com acento): deve ser empregado ao fim de frases interrogativas. Exemplo: Ela foi embora novamente. *Por quê?*

Parônimos e homônimos

– **Parônimos:** são palavras que se assemelham na grafia e na pronúncia, mas se divergem no significado. Exemplos: *absolver* (perdoar) e *absorver* (aspirar); *aprender* (tomar conhecimento) e *apreender* (capturar).

– **Homônimos:** são palavras com significados diferentes, mas que divergem na pronúncia. Exemplos: “gosto” (substantivo) e “gosto” (verbo gostar) / “este” (ponto cardeal) e “este” (pronome demonstrativo).

LÉXICO E SIGNIFICAÇÃO DAS PALAVRAS.

Visão Geral: o significado das palavras é objeto de estudo da semântica, a área da gramática que se dedica ao sentido das palavras e também às relações de sentido estabelecidas entre elas.

Denotação e conotação

Denotação corresponde ao sentido literal e objetivo das palavras, enquanto a conotação diz respeito ao sentido figurado das palavras. Exemplos:

“O gato é um animal doméstico.”

“Meu vizinho é um gato.”

No primeiro exemplo, a palavra *gato* foi usada no seu verdadeiro sentido, indicando uma espécie real de animal. Na segunda frase, a palavra *gato* faz referência ao aspecto físico do vizinho, uma forma de dizer que ele é tão bonito quanto o bichano.

Hiperonímia e hiponímia

Dizem respeito à hierarquia de significado. Um hiperônimo, palavra superior com um sentido mais abrangente, engloba um hipônimo, palavra inferior com sentido mais restrito.

Exemplos:

– Hiperônimo: *mamífero* – hipônimos: *cavalo*, *baleia*.

– Hiperônimo: *jogo* – hipônimos: *xadrez*, *baralho*.

Polissemia e monosemia

A polissemia diz respeito ao potencial de uma palavra apresentar uma multiplicidade de significados, de acordo com o contexto em que ocorre. A monosemia indica que determinadas palavras apresentam apenas um significado. Exemplos:

– “Língua”, é uma palavra polissêmica, pois pode por um idioma ou um órgão do corpo, dependendo do contexto em que é inserida.

– A palavra “decalitro” significa medida de dez litros, e não tem outro significado, por isso é uma palavra monossêmica.

Sinonímia e antonímia

A sinonímia diz respeito à capacidade das palavras serem semelhantes em significado. Já antonímia se refere aos significados opostos. Desse modo, por meio dessas duas relações, as palavras expressam proximidade e contrariedade.

Exemplos de palavras sinônimas: *morrer* = *falecer*; *rápido* = *veloz*.

Exemplos de palavras antônimas: *morrer* x *nascer*; *pontual* x *atrasado*.

Homonímia e paronímia

A homonímia diz respeito à propriedade das palavras apresentarem semelhanças sonoras e gráficas, mas distinção de sentido (palavras homônimas), semelhanças homófonas, mas distinção gráfica e de sentido (palavras homófonas) semelhanças gráficas, mas distinção sonora e de sentido (palavras homógrafas). A paronímia se refere a palavras que são escritas e pronunciadas de forma parecida, mas que apresentam significados diferentes. Veja os exemplos:

– Palavras homônimas: *caminho* (itinerário) e *caminho* (verbo *caminhar*); *morro* (monte) e *morro* (verbo *morrer*).

Observe os exemplos:

“Eu pedir para *elas* fazerem a solicitação.”

“Isto é para *nós* solicitarmos.”

Concordância verbal com o infinitivo impessoal: não há flexão verbal quando o sujeito não for definido, ou sempre que o sujeito da segunda oração for igual ao da primeira oração, ou mesmo em locuções verbais, com verbos preposicionados e com verbos imperativos.

Exemplos:

“Os *membros* conseguiram *fazer* a solicitação.”

“*Foram* proibidos de realizar o atendimento.”

Concordância verbal com verbos impessoais: nesses casos, verbo ficará sempre em concordância com a 3ª pessoa do singular, tendo em vista que não existe um sujeito.

Observe os casos a seguir:

– Verbos que indicam fenômenos da natureza, como *anoitecer*, *nevar*, *amanhecer*.

Exemplo: “Não *chove* muito nessa região” ou “Já *entardeceu*.”

– O verbo *haver* com sentido de existir. Exemplo: “*Havia* duas professoras vigiando as crianças.”

– O verbo *fazer* indicando tempo decorrido. Exemplo: “*Faz duas horas* que estamos esperando.”

Concordância verbal com o verbo *ser*: diante dos pronomes tudo, nada, o, isto, isso e aquilo como sujeito, há concordância verbal com o predicativo do sujeito, podendo o verbo permanecer no singular ou no plural:

– “Tudo que eu desejo *é/são* férias à beira-mar.”

– “Isto *é* um exemplo do que o ocorreria.” e “Isto *são* exemplos do que ocorreria.”

Concordância verbal com pronome relativo quem: o verbo, ou faz concordância com o termo precedente ao pronome, ou permanece na 3ª pessoa do singular:

– “Fui *eu quem* solicitou.” e “Fomos *nós quem* solicitou.”

Concordância verbal com pronome relativo que: o verbo concorda com o termo que antecede o pronome:

– “Foi *ele que* fez.” e “Fui *eu que* fiz.”

– “Foram *elas que* fizeram.” e “Fomos *nós que* fizemos.”

Concordância verbal com a partícula de indeterminação do sujeito se: nesse caso, o verbo cria concordância com a 3ª pessoa do singular sempre que a oração for constituída por verbos intransitivos ou por verbos transitivos indiretos:

– “*Precisa-se* de cozinheiro.” e “*Precisa-se* de cozinheiros.”

Concordância com o elemento apassivador se: aqui, verbo concorda com o objeto direto, que desempenha a função de sujeito paciente, podendo aparecer no singular ou no plural:

– “Aluga-se galpão.” e “Aluga-se galpões.”

Concordância verbal com as expressões a metade, a maioria, a maior parte: preferencialmente, o verbo fará concordância com a 3ª pessoa do singular. Porém, a 3ª pessoa do plural também pode ser empregada:

– “A maioria dos alunos *entrou*” e “A maioria dos alunos *entraram*.”

– “Grande parte das pessoas *entendeu*.” e “Grande parte das pessoas *entenderam*.”

Concordância nominal muitos substantivos: o adjetivo deve concordar em gênero e número com o substantivo mais próximo, mas também concordar com a forma no masculino plural:

– “Casa e galpão *alugado*.” e “Galpão e casa *alugada*.”

– “Casa e galpão *alugados*.” e “Galpão e casa *alugados*.”

Concordância nominal com pronomes pessoais: o adjetivo concorda em gênero e número com os pronomes pessoais:

– “Ele *é* prestativo.” e “Ela *é* prestativa.”

– “Eles *são* prestativos.” e “Elas *são* prestativas.”

Concordância nominal com adjetivos: sempre que existir dois ou mais adjetivos no singular, o substantivo permanece no singular, se houver um artigo entre os adjetivos. Se o artigo não aparecer, o substantivo deve estar no plural:

– “A blusa *estampada e a colorida*.” e “O casaco *felpudo e o xadrez*.”

– “As blusas *estampada e colorida*.” e “Os casacos *felpudo e xadrez*.”

Concordância nominal com é proibido e é permitido: nessas expressões, o adjetivo flexiona em gênero e número, sempre que houver um artigo determinando o substantivo. Caso não exista esse artigo, o adjetivo deve permanecer invariável, no masculino singular:

– “*É proibida* a circulação de pessoas não identificadas.” e “*É proibido* circulação de pessoas não identificadas.”

– “*É permitida* a entrada de crianças.” e “*É permitido* entrada de crianças acompanhadas.”

Concordância nominal com menos: a palavra *menos* permanece é invariável independente da sua atuação, seja ela advérbio ou adjetivo:

– “Menos pessoas / menos pessoas”.

– “Menos problema / menos problemas”.

Concordância nominal com muito, pouco, bastante, longe, barato, meio e caro: esses termos instauram concordância em gênero e número com o substantivo quando exercem função de adjetivo:

– “Tomei *bastante* suco.” e “Comprei *bastantes* frutas.”

– “A jarra *estava* meia cheia.” e “O sapato *está* meio gasto”.

– “Fizemos *muito* barulho.” e “Compramos *muitos* presentes.”

umentam sobremaneira o risco de quedas.

Devemos diferenciar a queda acidental da recorrente - esta última com muito mais possibilidades de sequelas. Se para um paciente em tratamento domiciliar se identifica a recorrência de quedas, ou duas ou mais quedas em um ano, todos os esforços precisam ser feitos para prevenção destas, conforme indicado a seguir.

Medidas de intervenção no domicílio:

Assim, a primeira intervenção visando prevenir e minimizar as quedas deve ser profilática: a adaptação do ambiente. Feita a sensibilização preliminar da família, quanto ao risco e às possíveis consequências da queda, recomenda-se a remoção de todos os fatores de risco para esta, como:

- Tapetes de qualquer espécie.
- Pisos muito encerados ou molhados, tacos soltos.
- Falta de iluminação adequada do ambiente.
- Disposição dos móveis que dificulte a locomoção.

Alguns dispositivos podem também auxiliar na adequação ambiental: faixas adesivas antiderrapantes em locais propícios a quedas e a utilização de barras de apoio no ambiente domiciliar como banheiro (perto do vaso sanitário, da pia, dentro do box), corredores, cozinha e em acessos a áreas externas da casa, assim como corrimão, quando houver escadas.

Outro passo importante é a boa orientação quanto a hábitos e comportamentos de risco, por exemplo: subir ao telhado, subir em escadas para pegar algum objeto fora de seu alcance, andar nos cômodos de sua casa no escuro, andar de meias pela casa, carregar objetos pesados, ingerir bebidas alcoólicas em excesso, ingerir medicações em excesso, entre outros fatores.

Mas para os idosos, uma das intervenções mais importantes é a revisão da prescrição medicamentosa e a retirada de itens que favoreçam quedas, como drogas psicotrópicas. Aos que utilizam medicamentos com ação no sistema cardiovascular, a checagem de hipotensão postural e a diminuição ou retirada de drogas relacionadas a essa condição podem diminuir também o risco de quedas.

Obs.: uma situação às vezes esquecida no domicílio é que nem sempre quem cai é quem anda - nas transferências da cama à cadeira e vice-versa, pacientes também podem cair e apresentar lesões corporais, com risco de morte. É importante orientar cuidadores sobre as técnicas de transferências para evitar lesões para o paciente e a si mesmo.

Abordagem imediata pós-queda:

- Limpeza e imobilização do segmento lesionado até estabilização dos sintomas.
- Avaliar suspeita de fratura e presença de sintomas neurológicos.
- Bolsa de gelo local.
- Analgésicos/anti-inflamatórios VO.

Indicação de hospitalização/encaminhamento à urgência:

- Queda seguida de incapacidade de mobilização espontânea.
- Fratura exposta evidente ou suspeita (dor intensa mais edema e calor local).
- Dor ou sangramento incontrolável.
- Suspeita de TCE concomitante, com presença de sintomas neurológicos (letargia, desmaio, vômitos em jato, confusão mental).
- Suspeita de lesão interna (abdominal, por exemplo).

O trauma cranioencefálico (TCE) é uma das consequências mais

temidas das quedas, pois a maioria das mortes evitáveis nos pacientes que chegam conscientes ao hospital vítimas de TCE decorre de sua abordagem inadequada pré-hospitalar. Abaixo, estão relacionadas dicas úteis ao abordar possível TCE recém-ocorrido ainda no domicílio:

- O exame do paciente suspeito ou vítima de TCE não se restringe só à cabeça.
- Fundamental verificar o bom funcionamento (ou a permeabilidade, termo mais correto) das vias aéreas, proteger a coluna cervical até ser excluída a possibilidade de trauma raquimedular e também evitar hipóxia e hipotensão.
- Se paciente assintomático e sem amnésia pós-trauma = baixo risco. Conduta: observação por 6 horas e exame neurológico após esse período. Se normal, liberá-lo. Nenhum exame complementar é necessário.

Diarreia

A frequência da evacuação normal varia de três vezes por semana a três vezes por dia. Um aumento de volume das fezes acompanhado por diminuição da consistência e maior número de evacuações configura um quadro de diarreia.

A diarreia pode ser classificada como:

Diarreia aguda: presença de três ou mais evacuações com fezes de consistência diminuída e aquosa em um período de 24 horas.

Disenteria: diarreia sanguinolenta, presença de sangue visível e muco. Diarreia persistente: episódios de diarreia durando mais de 14 dias. Diarreia crônica: duração maior de 30 dias.

São inúmeras as causas de diarreia aguda.

Anamnese e exame físico na diarreia aguda: a avaliação inicial deve focar em parâmetros que possam indicar gravidade e sintomas de desidratação, que devem prontamente ser abordados. A provável causa deve ser investigada para a determinação da terapêutica. Deve-se avaliar o início do quadro, a frequência das evacuações e a quantidade de fezes, as características das fezes, a presença de dor abdominal, muco, sangue, vômitos ou febre associados, a história clínica prévia e o estado atual de saúde da pessoa, como a presença de imunossupressão e de comorbidades, a presença de informações epidemiológicas, como viagens recentes e epidemias atuais.

Os sinais físicos são mais úteis para a determinação da gravidade da diarreia do que da sua etiologia. O aspecto mais importante a ser avaliado na diarreia aguda é o nível de hidratação da pessoa.

Os principais sinais de desidratação que devem ser identificados são:

- Prolongamento do tempo de reperfusão capilar.
- Redução do turgor da pele.
- Alteração do padrão respiratório.
- Taquicardia.
- Hipotensão.
- Mucosas secas.
- Extremidades frias.
- Olhos fundos.
- Pulsos finos.
- Mau estado geral.

Sinais ou sintomas que indicam risco, aumentado de progressão para o quadro de choque:

- Estado geral ruim ou que está se deteriorando.
- Estado de consciência alterado (irritado ou letárgico).

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- Olhos fundos.
- Taquicardia.
- Taquipneia.
- Turgor da pele reduzido.

Importância da intervenção: deve-se a possibilidade de prevenir uma desidratação e/ou distúrbios hidroeletrólíticos e/ou acidobásicos.

Medidas de Intervenção possíveis no domicílio:

- Hidratação via oral ou parenteral (EV, SC) conforme o grau de desidratação.
- Tratar a causa-base quando indicado.

Obs.: lembrar que a maioria das diarreias agudas são autolimitadas!

Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:

- Desidratação grave.
- Risco de choque.

Delirium

É um estado confusional agudo que resulta de uma disfunção cerebral orgânica difusa e caracteriza-se pela presença de flutuações do nível de consciência, com alterações do ciclo sono-vigília e distúrbios de atenção, percepção, pensamento, memória e comportamento. Pacientes com delirium apresentam maior risco de institucionalização e redução de funcionalidade após a alta hospitalar (PRADO et al, 2011).

Na AD, vários casos de pacientes em delirium são oriundos de internação hospitalar recente. Por outro lado, um novo quadro de delirium é motivo de investigação, que pode até levar a uma internação hospitalar. O delirium frequentemente prediz ou acompanha alguma doença em idosos.

São fatores de risco para apresentar delirium:

- Maior de 65 anos.
- Sexo masculino.
- Delirium prévio.
- Prejuízo cognitivo prévio.
- Distúrbios do sistema nervoso central.
- Polifarmácia, medicamentos psicotrópicos.
- Dependência de álcool e drogas.
- Deficit visual e/ou auditivo.
- Insuficiência/falência de órgãos.
- Múltiplas doenças crônicas.
- Desnutrição.
- Dependência funcional.
- Imobilidade.
- Neoplasias avançadas.
- Sida.

Quadro Clínico:

- Confusão mental com curso de flutuações dos sintomas agudos ou subagudos.
- Variação do sensorio acompanhada de prejuízo do alerta, da orientação (pessoal, no tempo e no espaço), da cognição e da atenção.
- Anormalidades psicomotoras acompanhadas por agitação, sonolência, alucinação ou ilusão.
- Pensamento desorganizado e fala incoerente ou inapropriada

(é comum palavrões).

- Instabilidade emocional (irritabilidade, fome, euforia, labilidade, choro inapropriado etc.).
- Sintomas neurológicos como asterixis, tremores, mioclonias, descoordenação, incontinência urinária ou fecal.

Tipos de Delirium

- Hiperativo: confusão, agitação, com ou sem alucinação, ilusão ou mioclonia (pode confundir com ansiedade ou epilepsia).
- Hipoativo: confusão, com sonolência, com ou sem prostração (pode se confundir com depressão), é o tipo mais comum entre pacientes fragilizados (doença oncológica avançada, doença neurodegenerativa avançada, idosos muito idosos etc.), e é menos reconhecida inicialmente por equipes clínicas.
- Misto: sintomas de hiperativo e hipoativo.

Importância do manejo no domicílio: o mais importante é prevenir o delirium. Para evitar uma internação hospitalar, deve-se manter uma alta suspeita, a fim de que ocorra o diagnóstico precoce. Deve-se realizar uma boa anamnese e um bom exame físico em busca das possíveis causas e revisar minuciosamente todos os medicamentos utilizados pelo paciente. Aos que se iniciam na avaliação e no acompanhamento dessa condição clínica, recomenda-se o uso da escala de avaliação de confusão mental - Confusion Assessment Method (CAM) por apresentar uma boa sensibilidade e especificidade, além de fácil aplicação (FABBRI et al, 2001). Porém ela não é muito sensível para detectar nuances de alteração de comportamento para pacientes com funcionalidade já diminuída e que não se comunicam bem, daí a importância de se conhecer bem o paciente em atendimento em suas condições basais e é a partir daí que o nível de atenção alterado pode ser observado (MCPHEE; PAPADAKIS, 2009).

Tratamento no domicílio

Medidas gerais: ambiente silencioso, boa luminosidade, relógios ou calendários visíveis.

Tratamento da causa: infecção, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos etc.

Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:

- Necessidade de investigação complementar que não seja possível realizar no domicílio.
- Causa que não seja possível tratar no domicílio.
- Sem resposta ao tratamento convencional.

Dor abdominal

Existe uma grande variedade de causas, que vão desde situações mais simples como constipação até situações de abdome agudo, com úlcera péptica perfurada. A dor pode ser aguda ou crônica. Neste tópico, daremos ênfase à dor aguda que se caracteriza por apresentar início recente e de forte intensidade.

Anamnese: é fundamental na história a caracterização da dor abdominal para auxílio no diagnóstico e no manejo adequado. Logo, é importante verificar o início (súbito ou insidioso), o caráter (em cólica, queimação, facada, pontada), intensidade, frequência, localização, irradiação, fatores que pioram e que aliviam. Importante também questionar sobre outros sinais ou sintomas associados para auxílio no diagnóstico.

Atenção redobrada nos pacientes idosos que podem modificar a apresentação e a percepção da dor. Nestes casos, atentar para patologias potencialmente fatais como a diverticulite, a isquemia mesentérica e o aneurisma de aorta abdominal.

Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e

I – definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias.

§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Art. 6º O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.

Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE.

Art. 8º Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer no prazo de até noventa dias.

Art. 9º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

HUMANIZAÇÃO NO SUS

Marco Teórico-político

Avanços e Desafios do SUS

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas.

Entre os avanços e conquistas, pode-se facilmente destacar que há um SUS que dá certo, pois:

- A rede de atenção pública de saúde está presente em todo o território nacional, em todos os estados e municípios;

- Muitos serviços de saúde têm experimentado, em todo território nacional, inovações na organização e oferta das práticas de saúde, permitido a articulação de ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação;

- O SUS vem reorganizando a rede de atenção à saúde, produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro;

- O SUS tem propiciado a produção de cidadania, envolvendo e corresponsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde;

- O SUS construiu novos arranjos e instrumentos de gestão, que ampliaram a capacidade de gestão e de co-responsabilização, servindo inclusive de referência para a organização de outras políticas públicas no Brasil.

- O SUS vem fortalecendo o processo de descentralização, ampliando a presença, a autonomia e a responsabilização sanitária de municípios na organização das redes de atenção à saúde;

- Tem havido uma ampliação da articulação regional, melhorando a oferta de recursos assistenciais e a relação custo-efetividade, ampliando o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde.

Mas o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, ainda estão em debate as formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos, entre outros.

Diante disto, muitos desafios para a produção de saúde permanecem, como por exemplo:

- Qualificar o sistema de co-gestão do SUS;

- Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, o que produz baixa transversalização/comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, segmentação do cuidado e dificuldades de seguimento/continuidade da ação clínica pela equipe que cuida do usuário;

- Fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;

- Fortalecer os processos de regionalização cooperativa e solidária, na perspectiva da ampliação do acesso com equidade;

- Considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional;

- Considerar o complexo padrão epidemiológico do povo brasileiro, que requer a utilização de multiplicidade de estratégias e tecnologias;

- Superar a disputa de recursos entre os entes federados, para a afirmação da contratação de corresponsabilidades sanitárias;

- Diminuir a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a co-responsabilização nos processos de cuidado de todos os serviços que compõem a rede do SUS;

- Superar o entendimento de saúde como ausência de doença (cultura sanitária biomédica), para a ampliação e o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural;

- Garantir recursos suficientes para o financiamento do SUS, para a superação do subfinanciamento;

- Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;

- Implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, para a ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida;

- Melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde;

- Fomentar estratégias de valorização do trabalhador: promover melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliar investimentos na qualificação dos trabalhadores, etc.

- Fomentar processos de co-gestão, valorizando e incentivando a inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde;

- Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e de atenção os direitos dos usuários da saúde.

A humanização como política transversal na rede

A humanização vista não como programa, mas como política pública que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;

- Orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”. Pensar o

Diretrizes da PNH

Por diretrizes entendem-se as orientações gerais de determinação da política. No caso da PNH, suas diretrizes apontam no sentido de:

- 1) Clínica Ampliada;
- 2) Cogestão;
- 3) Valorização do Trabalho;
- 4) Acolhimento;
- 5) Valorização do trabalho e do trabalhador da Saúde do Trabalhador;
- 6) Defesa dos Direitos do Usuário;
- 7) Fomento das grupidades, coletivos e redes; e
- 8) Construção da memória do SUS que dá certo.

Dispositivos da PNH

Dispositivo é um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão:

- Acolhimento com Classificação de Risco;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projetos Cogерidos de Ambiência
- Colegiado Gestor;
- Contrato de Gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.;

- Visita Aberta e Direito à Acompanhante;

- Programa de Formação em Saúde do trabalhador (PFST) e Comunidade

Ampliada de Pesquisa (CAP);

- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- Câmaras Técnicas de Humanização (CTH);
- **Projeto Memória do SUS que dá certo.**

Educação permanente em saúde

As ações de educação permanente em saúde envolvem a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde. Por meio da Educação Permanente em Saúde articula-se o ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização.

Eficácia/eficiência (resolubilidade)

A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde. A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

Equidade

No vocabulário do SUS, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

Equipe de referência/equipe multiprofissional

Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/equipe). Está inserido, num sentido vertical, em uma matriz organizacional. Em hospitais, por exemplo, a clientela internada tem sua equipe básica de referência e especialistas e outros profissionais organizam uma rede de serviços matriciais de apoio às equipes de referência. As equipes de referência em vez de serem um espaço episódico de integração horizontal passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde.

Familiar participante

Representante da rede social do usuário que garante a articulação entre a rede social/familiar e a equipe profissional dos serviços de saúde na elaboração de projetos de saúde.

Gestão participativa

Modo de gestão que incluiu novos sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nos espaços de gestão é possível construir conhecimentos compartilhados considerando as subjetividades e singularidades dos sujeitos e coletivos.

Grupalidade

Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza.

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde, (nas SES e nas SMS), tendo como atribuições:

- difundir os princípios norteadores da PNH;
- pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência;
- promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimu-