



POÇOS DE CALDAS - MG

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS
- MINAS GERAIS

Técnico De Enfermagem

EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2023

CÓD: SL-145DZ-23
7908433246657

Português

1. Sentido próprio e sentido figurado. Significação contextual de palavras e expressões.....	9
2. Funções de linguagem.....	9
3. Texto e discurso: intertextualidade, paródia.....	10
4. Leitura e interpretação de textos: informações implícitas e explícitas.....	12
5. Ponto de vista do autor.....	15
6. Linguagem verbal e não verbal.....	16
7. Tipologia textual e gêneros discursivos de circulação social: estrutura composicional; objetivos discursivos do texto; contexto de circulação; aspectos linguísticos.....	18
8. Texto e Textualidade: coesão, coerência e outros fatores de textualidade.....	18
9. Variação linguística: heterogeneidade linguística: aspectos culturais, históricos, sociais e regionais no uso da Língua Portuguesa.....	19
10. Registros formal e informal da escrita padrão.....	20
11. Fonética e fonologia: tonicidade,.....	21
12. Ortografia.....	22
13. Acentuação gráfica.....	23
14. Crase.....	24
15. Sinais de pontuação como fatores de coesão.....	25
16. Morfologia: classificação e flexão das palavras, emprego de nomes, pronomes, conjunções, advérbios, preposições. Conjunções, interjeições, modos e tempos verbais.....	27
17. Análise morfológica.....	39
18. Sintaxe: frase, oração, período. Termos da oração. Coordenação e subordinação. Análise sintática.....	39
19. Conhecimento gramatical de acordo com o padrão culto da língua.....	42
20. Ortografia oficial–Novo Acordo Ortográfico.....	43
21. Concordância.....	44
22. Regência verbal e nominal,.....	45
23. Colocação pronominal aplicadas ao texto.....	47

Matemática

1. Conjunto dos números naturais: operações, divisibilidade, decomposição de um número natural nos seus fatores primos, múltiplos e divisores, máximo divisor comum e mínimo múltiplo comum de dois ou mais números naturais. Conjunto dos números inteiros: operações. Conjunto dos números racionais: propriedades, operações, valor absoluto de um número, potenciação e radiciação. O conjunto dos números reais: números irracionais, a reta real, intervalos.....	59
2. Sistema de medida, sistema métrico decimal, unidade de comprimento, unidades usuais de tempo, razões, proporções, grandezas direta e inversamente proporcionais, regra de três simples e composta, porcentagem, juros, equações de 1º grau, sistema de equações.....	74
3. Cálculo de área e perímetros de figuras planas.....	83
4. Leitura e identificação de dados apresentados em gráficos e tabela.....	86
5. Análise combinatória e probabilidade.....	92

Sistema Único de Saúde / Saúde Pública

1. Estrutura do Sistema Único de Saúde: Histórico, legislação fundamental e normas operacionais do sistema, princípios, estrutura administrativa e financeira, responsabilidades dos três níveis Federativos, perspectiva e desafios do sistema	101
2. O Modelo de assistência no SUS: Níveis de assistência (primário, secundário e terciário)	108
3. escopo da assistência: promoção da saúde, prevenção, terapêutica e reabilitação.....	110
4. estrutura em rede regionalizada e hierarquizada	123
5. humanização do cuidado	123
6. características e funções da atenção primária à saúde.....	129
7. estratégia de saúde da família	151
8. gestão da assistência e gestão da clínica	165
9. organização da rede de urgência e emergência.....	170
10. regulação da assistência	174
11. planejamento em saúde pública.....	249
12. Pacto pela Saúde.responsabilidade sanitária.....	255
13. Política Nacional de Atenção Básica no SUS	293
14. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	293
15. Política Nacional de Humanização	293
16. Epidemiologia: Epidemiologia no planejamento da assistência: Indicadores de saúde (conceitos, cálculo e interpretação) ...	293
17. Sistemas de informação do SUS e seu uso no planejamento	302
18. Epidemiologia das doenças transmissíveis (cadeia causal e mecanismos de prevenção para as principais patologias transmissíveis no país).....	308
19. Fundamentos de epidemiologia clínica (principais tipos de estudo e interpretação dos resultados)	312
20. Assistência suplementar. Regulação da assistência suplementar, tendências e perspectivas	314

Conhecimentos Específicos Técnico De Enfermagem

1. Assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada.	321
2. Fundamentos de Enfermagem: Noções básicas de saúde e doença,	321
3. Ações de enfermagem com relação à aferição de sinais vitais,	322
4. Realização de curativo,	331
5. Cuidado com a higiene, conforto e segurança ao paciente,	333
6. Preparo do paciente para exames,	343
7. Administração de medicamentos por via oral, tópica, endovenosa, intramuscular, subcutânea, ocular, nasal, retal, otológica.	343
8. Biossegurança. Esterilização de materiais e equipamentos, bem como sua conservação, preparo, armazenamento e distribuição. Infecção Hospitalar.	353
9. Procedimentos de enfermagem. Coleta de materiais para exames.	368
10. Situações de urgência e emergência. Atuação do técnico de enfermagem em situações de choque, parada cardiorrespiratória, politrauma, afogamento, queimadura, intoxicação, envenenamento e picada de animais peçonhentos.	379
11. Política Nacional de Imunização. Sala de vacina. Cartões de vacina.....	384
12. A Política Nacional de Atenção Básica – Estratégia de Saúde da Família.	390

ÍNDICE

13. Código de Ética do Conselho Regional de Enfermagem.....	390
14. O Técnico de Enfermagem e a Atenção a Saúde.	401
15. A atuação do Técnico de Enfermagem na equipe interdisciplinar/intersectorial.	401
16. Abordagens coletivas, comunitárias e familiares.....	402

Exemplo de uma notícia:

O resultado do terceiro levantamento feito pela Aliança Global para Atividade Física de Crianças — entidade internacional dedicada ao estímulo da adoção de hábitos saudáveis pelos jovens — foi decepcionante. Realizado em 49 países de seis continentes com o objetivo de aferir o quanto crianças e adolescentes estão fazendo exercícios físicos, o estudo mostrou que elas estão muito sedentárias. Em 75% das nações participantes, o nível de atividade física praticado por essa faixa etária está muito abaixo do recomendado para garantir um crescimento saudável e um envelhecimento de qualidade — com bom condicionamento físico, músculos e esqueletos fortes e funções cognitivas preservadas. De “A” a “F”, a maioria dos países tirou nota “D”.

Função Emotiva

Caracterizada pela subjetividade com o objetivo de emocionar. É centrada no emissor, ou seja, quem envia a mensagem. A mensagem não precisa ser clara ou de fácil entendimento.

Por meio do tipo de linguagem que usamos, do tom de voz que empregamos, etc., transmitimos uma imagem nossa, não raro inconscientemente.

Emprega-se a expressão função emotiva para designar a utilização da linguagem para a manifestação do enunciador, isto é, daquele que fala.

Exemplo: *Nós te amamos!*

Função Conativa

A função conativa ou apelativa é caracterizada por uma linguagem persuasiva com a finalidade de convencer o leitor. Por isso, o grande foco é no receptor da mensagem.

Trata-se de uma função muito utilizada nas propagandas, publicidades e discursos políticos, a fim de influenciar o receptor por meio da mensagem transmitida.

Esse tipo de texto costuma se apresentar na segunda ou na terceira pessoa com a presença de verbos no imperativo e o uso do vocativo.

Não se interfere no comportamento das pessoas apenas com a ordem, o pedido, a súplica. Há textos que nos influenciam de maneira bastante sutil, com tentações e seduções, como os anúncios publicitários que nos dizem como seremos bem-sucedidos, atraentes e charmosos se usarmos determinadas marcas, se consumirmos certos produtos.

Com essa função, a linguagem modela tanto bons cidadãos, que colocam o respeito ao outro acima de tudo, quanto espertalhões, que só pensam em levar vantagem, e indivíduos atemorizados, que se deixam conduzir sem questionar.

Exemplos: Só amanhã, não perca!

Vote em mim!

Função Poética

Esta função é característica das obras literárias que possui como marca a utilização do sentido conotativo das palavras.

Nela, o emissor preocupa-se de que maneira a mensagem será transmitida por meio da escolha das palavras, das expressões, das figuras de linguagem. Por isso, aqui o principal elemento comunicativo é a mensagem.

A função poética não pertence somente aos textos literários. Podemos encontrar a função poética também na publicidade ou nas expressões cotidianas em que há o uso frequente de metáforas (provérbios, anedotas, trocadilhos, músicas).

Exemplo:

*“Basta-me um pequeno gesto,
feito de longe e de leve,
para que venhas comigo
e eu para sempre te leve...”
(Cecília Meireles)*

Função Fática

A função fática tem como principal objetivo estabelecer um canal de comunicação entre o emissor e o receptor, quer para iniciar a transmissão da mensagem, quer para assegurar a sua continuação. A ênfase dada ao canal comunicativo.

Esse tipo de função é muito utilizado nos diálogos, por exemplo, nas expressões de cumprimento, saudações, discursos ao telefone, etc.

Exemplo:

-- Calor, não é!?
-- Sim! Li na previsão que iria chover.
-- Pois é...

Função Metalinguística

É caracterizada pelo uso da metalinguagem, ou seja, a linguagem que se refere a ela mesma. Dessa forma, o emissor explica um código utilizando o próprio código.

Nessa categoria, os textos metalinguísticos que merecem destaque são as gramáticas e os dicionários.

Um texto que descreva sobre a linguagem textual ou um documentário cinematográfico que fala sobre a linguagem do cinema são alguns exemplos.

Exemplo:

Amizade s.f.: 1. sentimento de grande afeição, simpatia, apreço entre pessoas ou entidades. *“sentia-se feliz com a amizade do seu mestre”*

2. POR METONÍMIA: quem é amigo, companheiro, camarada. *“é uma de suas amizades fiéis”*

TEXTO E DISCURSO: INTERTEXTUALIDADE, PARÓDIA.

— Definições gerais

Intertextualidade é, como o próprio nome sugere, uma *relação entre textos* que se exerce com a menção parcial ou integral de elementos textuais (formais e/ou semânticos) que fazem referência a uma ou a mais produções pré-existentes; é a inserção em um texto de trechos extraídos de outros textos. Esse diálogo entre textos não se restringe a textos verbais (livros, poemas, poesias, etc.) e envolve, também composições de natureza não verbal (pinturas, esculturas, etc.) ou mista (filmes, peças publicitárias, música, desenhos animados, novelas, jogos digitais, etc.).

No Âmbito Municipal

- a) Coordenação, execução e avaliação do processo de planejamento do SUS no âmbito municipal, consoante aos pactos estabelecidos no âmbito do PlanejaSUS;
- b) apoio ao estado e ao MS na implementação e aperfeiçoamento do PlanejaSUS;
- c) implementação das diretrizes, metodologias, processos e instrumentos definidos de forma pactuada no âmbito do PlanejaSUS;
- d) sensibilização dos gestores e gerentes locais para incorporação do planejamento como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- e) elaboração dos instrumentos básicos de planejamento de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
- f) participação na implementação de rede, no âmbito do planejamento, voltada à articulação e integração das três esferas de gestão do SUS e à divulgação de informações e experiências de interesse do PlanejaSUS, bem como à disseminação do conhecimento técnico-científico na área;
- g) participação e promoção de capacitação em planejamento, monitoramento e avaliação, na perspectiva da política da educação permanente;
- h) promoção de mecanismos de articulação entre as diversas áreas da SMS e com outros setores do município;
- i) estímulo ao estabelecimento de políticas públicas de saúde de forma articulada e intersetorial;
- j) implementação do planejamento local com monitoramento e avaliação das ações propostas, bem como divulgação dos resultados alcançados;
- k) coordenação de ações participativas visando a identificação de necessidades da população, tendo em vista a melhoria das ações e serviços de saúde;
- l) operacionalização, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão do SUS e retroalimentação de informações necessárias às três esferas;
- m) promoção da estruturação, institucionalização e fortalecimento do PlanejaSUS no município, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- n) participação no processo de planejamento regional de forma articulada, integrada e participativa, com a aplicação e adaptação – às realidades locais – das metodologias, processos e instrumentos pactuados no âmbito do PlanejaSUS;
- o) apoio à organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regionais.

Organização - O Sistema de Planejamento do SUS

PlanejaSUS integra o Pacto pela Saúde, estabelecido entre a gestão federal e os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal e divulgado pela Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Como assinalado no item 1.1, o Pacto apresenta os objetivos principais, os pontos essenciais de pactuação e as diretrizes operacionais do PlanejaSUS, conforme detalhado no presente documento e regulamentado na Portaria Nº 3.085/2006.

O processo de implantação do PlanejaSUS teve início em 2006, com a instalação de seu Comitê de Operacionalização, instituído pela Portaria Nº 251, de 6 de fevereiro de 2006, proposto em ofi-

cinas macrorregionais realizadas em outubro e novembro de 2005, que tiveram por objetivo indicar as bases para a organização e funcionamento deste Sistema de Planejamento, aqui descritas, com a incorporação das adequações e aperfeiçoamentos que a sua prática até então indicou.

As propostas de organização e implementação do PlanejaSUS são pactuadas no âmbito da CIT que, em abril de 2007, criou o Grupo de Planejamento, vinculado a sua Câmara Técnica.

Na sequência, o referido Comitê de Operacionalização foi desativado.

O Grupo de Planejamento da Câmara Técnica da CIT é integrado por representantes da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva (SPO/SE/MS); do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A esse Grupo cabe analisar as propostas e promover o encaminhamento devido, com vistas à tomada de decisão da CIT. Para o cumprimento de suas responsabilidades na operacionalização do PlanejaSUS em nível nacional, o Ministério da Saúde conta com um Grupo de Colaboradores, composto por especialistas e profissionais que atuam no processo de planejamento e orçamento na esfera federal, nas áreas de planejamento do SUS e de instituições de ensino e pesquisa afins.

Na avaliação e programação de ações voltadas à implementação do PlanejaSUS em âmbito nacional, o Ministério da Saúde adotou como estratégia, em 2008, a realização de encontros de dirigentes e técnicos das áreas de planejamento das três esferas de gestão.

Nesses encontros, foram formuladas propostas de ações para o desenvolvimento do Sistema de Planejamento nos âmbitos nacional e estadual, sobretudo a partir das experiências apresentadas (federal, estaduais e municipais).

Os encontros substituíram as oficinas macrorregionais, realizadas em 2005 e 2006, sob a coordenação do MS, e em 2007, de forma descentralizada (coordenadas pelos estados e capitais sede).

Participaram dois encontros realizados em abril e maio de 2008: dois profissionais das áreas de planejamento de todas as Secretarias Estaduais (o dirigente e um técnico); três de Secretarias Municipais (dois de todas as capitais e um de município com até 50 mil habitantes (indicado pelo respectivo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde/ Cosems); e representantes da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento e dos órgãos e entidades do MS.

O funcionamento do PlanejaSUS é pautado em programa de trabalho anual, formulado a partir da avaliação de desempenho e desenvolvimento deste Sistema e na conformidade da regulamentação que norteia a sua operação.

Essa avaliação e indicação de ações para o referido programa são objeto permanente de eventos anuais promovidos pelo MS, reunindo dirigentes e técnicos que atuam em planejamento no SUS, sem prejuízo de outros temas que venham a ser propostos.

Cada esfera deve dispor de programa de trabalho anual, aprovado pelo respectivo gestor e definido segundo as suas necessidades, possibilidades e estágio de desenvolvimento do PlanejaSUS respectivo.

A avaliação desses programas são igualmente pautas permanentes dos eventos anuais. Consoante aos pontos prioritários de pactuação constantes do eixo 3 - Regulamento do pacto pela vida e de gestão, as três esferas de gestão concentrarão esforços na institucionalização do PlanejaSUS, procurando conferir celeridade e fortalecer o seu processo de operacionalização e, conseqüentemente, a sua necessária capilaridade nacional.

Vírus, bactérias, protozoários, fungos, platelmintos e nematelmintos são alguns exemplos de agentes etiológicos. No caso da dengue, por exemplo, o agente etiológico é o vírus da dengue, um arbovírus da família Flaviviridae.

→ Diferença entre vetor e agente etiológico

A diferença entre vetor e agente etiológico é que esse último causa a doença, mas o vetor transporta o agente etiológico. A malária, por exemplo, é provocada por protozoários do gênero *Plasmodium* (agente etiológico), que são transmitidos pela picada do mosquito (vetor) do gênero *Anopheles* infectado.

A saúde no Brasil - tanto o sistema público como o privado - enfrenta dezenas de dificuldades como falta de remédios ou médicos, mensalidades altas, falta de cobertura para diversas doenças e exames. Um levantamento realizado pelo UOL aponta os 10 principais problemas enfrentados pelo setor no país.

1) Falta de médicos: considerado um dos principais problemas do SUS, segundo destacou o o presidente do TCU, ministro Raimundo Carreiro. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), há 17,6 médicos para cada 10 mil brasileiros, bem menos que na Europa, cuja taxa é de 33,3.

2) Demora para marcar consulta: o SUS realiza bem menos consultas do que poderia. Segundo o Fisc Saúde 2016, o Brasil apresentou uma média de 2,8 consultas por habitantes no ano de 2012, o 27º índice entre 30 países. A taxa muito inferior ao dos países mais bem colocados: Coreia do Sul (14,3), Japão (12,9) e Hungria (11,8).

3) Falta de leitos: nos três primeiros meses de 2018, a falta de leitos foi o 8º principal motivo de reclamação dos brasileiros no Reclame Aqui. Dados da Associação Nacional de Hospitais Privados indicam que o Brasil tem 2,3 leitos por mil habitantes, abaixo do recomendado pela OMS (entre 3 e 5). O déficit de leitos em UTI neonatal é de 3,3 mil, segundo pesquisa deste ano da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Além disso, o país tem, em média, 2,9 leitos por mil nascidos vivos, abaixo dos 4 leitos recomendados pela entidade. No SUS, a taxa é de 1,5.

4) Atendimento na emergência: a espera por atendimento foi o tema considerado de «pior qualidade» em uma pesquisa da CNI (Confederação Nacional da Indústria) sobre avaliação de serviços. Nos estudos do Ipea sobre os serviços prestados pelo SUS, o tema recebeu as maiores qualificações negativas: 31,1% (postos de saúde) e 31,4% (urgência ou emergência).

5) Falta de recursos para a saúde: apenas 3,6% do orçamento do governo federal foi destinado à saúde em 2018. A média mundial é de 11,7%, segundo a OMS. Essa taxa é menor do que a média no continente africano (9,9%), nas Américas (13,6%) e na Europa (13,2). Na Suíça, essa proporção é de 22%.

6) Formação de médicos: pacientes pedem que haja melhoria na qualidade do atendimento dos médicos, segundo o Sistema de Indicadores de Percepção Social, do Ipea. O Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) destaca que quase 40% dos recém-formados não passam em seu exame.

7) Preço da mensalidade dos planos privados: o valor das mensalidades é o principal problema, segundo o Ipea, com 39,8% das queixas. Entre as principais reclamações feitas a ANS (Agência Nacional de Saúde), nos três primeiros meses deste ano, está «mensalidades e reajustes».

8) Cobertura do convênio: a insuficiência da cobertura dos planos é outra crítica frequente. De acordo com a pesquisa da ANS, foram 15.785 reclamações entre janeiro e março deste ano. No estudo do Ipea, 35,2% reprovam o serviço.

9) Sem reembolso: de acordo com o estudo da Fisc Saúde, esse é o terceiro principal motivo de insatisfação de pacientes do setor privado (21,9%). Esse foi o oitavo principal motivo de reclamação no primeiro trimestre do ano no Reclame Aqui. Segundo a instituição, foram 508 queixas, 35% mais do que nos mesmos três meses do ano passado, quando foram registradas 333 reclamações.

10. Discriminação no atendimento: 10,6% da população brasileira adulta (15,5 milhões de pessoas) já se sentiram discriminadas na rede de saúde tanto pública quanto privada, é o que aponta a Pesquisa Nacional de Saúde, do IBGE. A maioria (53,9%) disse ter sido maltratada por “falta de dinheiro” e 52,5% em razão da “classe social”. Pouco mais de 13% foram vítimas de preconceito racial, 8,1% por religião ou crença e 1,7% por homofobia. No entanto, o percentual poderia ser maior se parte da população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) não deixasse de buscar auxílio médico por medo de discriminação, revela uma pesquisa da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).

No Brasil, a busca por novas formas de produzir saúde pode ser identificada em diferentes ações políticas, assistenciais e na formação profissional. Tal contexto se pode perceber a partir da proposta de dois programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a partir de 1991, e Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994.

A adoção de tais propostas representa, de modo geral, uma tentativa de reorganização da atenção à saúde do país, marcada pela institucionalização do direito à saúde, como consta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, no qual a saúde é assim definida:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2004).

Assim, ao garantir a universalidade do acesso, a Constituição Federal intensificou a demanda pelos serviços de saúde, tradicionalmente centrados no eixo hospitalar, buscando criar estratégias para reverter o atual modo de atenção. A partir de então, puderam-se identificar várias experiências, em nível local, que priorizam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, incorporando, em muitas delas, as contribuições da própria população, por meio de sua cultura, no “saber-fazer” os cuidados com sua própria saúde. Essas experiências influenciaram a concepção dos programas acima citados (BRASIL, 2004).

Em 1991, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolve atividades relacionadas à prevenção e educação nessa área, implantadas principalmente em municípios de baixa densidade populacional. No PACS, o enfoque principal é a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um trabalhador incumbido de desenvolver ações relacionadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, entre outras (CHIESA, FRACOLLI, 2004).

Para o paciente, o erro na administração de medicamentos pode ter como consequência desde um pequeno hematoma decorrente de uma falha técnica na aplicação do medicamento, até a morte do paciente pelo recebimento de uma dose errada.

Para a instituição, pode acarretar maior custo pela necessidade de prolongamento da internação do paciente, bem como refletir negativamente na sua imagem. Já para o profissional de enfermagem, um erro dessa natureza pode resultar em punições ou medidas disciplinares, como advertência verbal e escrita, ou mesmo levar à sua demissão. Pode, ainda, de acordo com a gravidade do erro, ocasionar, ao profissional, o enfrentamento de processos éticos, civis e penais, e culminar na cassação do direito de exercer a profissão.

Tecnicamente, o erro na administração de medicamentos ou erro de medicação é definido como o uso não intencional de um plano incorreto para alcançar um objetivo (erro de execução) ou como a não execução a contento de uma ação planejada (erro de planejamento). Entretanto, nem todo erro de medicação resulta em dano (s) ou prejuízo ao paciente.

Aspectos relacionados com o Fármaco

Formulação farmacêutica

Os aspectos relacionados com a propriedade da formulação do fármaco são:

- Miligramagem;
- Tamanho do soluto;
- Excipientes;
- Desintegração;
- Dissolução de comprimidos;
- Tipo de absorção: intestinal, dérmica, subcutânea, intramuscular etc. Pode-se dizer aqui como o medicamento entrará no organismo, ou seja, sua penetração pelos tecidos, sua via de administração.

Vias de Administração com Abreviaturas

A via prescrita para administrar um medicamento depende das propriedades e do efeito desejado do medicamento, bem como das condições físicas e mentais do paciente.

Oral (VO), sublingual (SL), bucal (B)

A **via oral** é a via mais fácil e a mais comumente utilizada na administração de medicamento. Os medicamentos são fornecidos pela boca e deglutidos com líquido. Os medicamentos orais apresentam um início de ação mais lento e um efeito mais prolongado que os medicamentos parenterais. Em geral, os pacientes preferem a via oral.

A administração de um medicamento pela **via bucal** envolve colocar o medicamento sólido na boca contra as mucosas da bochecha até que ele se dissolva. Ensine os pacientes a alternar as bochechas a cada dose subsequente para evitar a irritação da mucosa. Advirta os pacientes para não mastigar ou engolir o medicamento ou para não beber qualquer líquido com ele. Um medicamento bucal age localmente sobre a mucosa ou sistemicamente quando é deglutido na saliva de uma pessoa.

Alguns medicamentos (p. ex., nitroglicerina) são prontamente absorvidos depois de ser colocados sob a língua para dissolver. Instrua os pacientes para não engolir um medicamento administrado pela **via sublingual** ou a não beber nada até que o medicamento se dissolva por completo para garantir que terá o efeito desejado.

Vias Parenterais: subcutânea (SC), intradérmica, (ID), intramuscular (IM), intravenosa (IV) ou endovenosa (EV), intratecal, (IT), intraóssea (IO), intraperitoneal (IP), intrapleural (IPL) e intra-arterial (IA).

A administração parenteral envolve injetar um medicamento dentro dos tecidos orgânicos. O principais locais de injeção são os seguintes:

1. **Intradérmico (ID):** Injeção dentro da derme exatamente abaixo da epiderme.
2. **Subcutâneo (SC):** Injeção dentro dos tecidos exatamente abaixo da derme da pele.
3. **Intramuscular (IM):** Injeção dentro de um músculo.
4. **Intravenoso (IV):** Injeção dentro de uma veia.
5. **Intratecal (IT):** administração de medicamentos intratecais através de um cateter cirurgicamente aplicado no espaço subaracnoide ou em um dos ventrículos do cérebro. Com frequência, a administração de medicamento intratecal é um tratamento de longo prazo.

6. **Intraósseo (IO):** este método de administração de medicamento envolve a infusão do medicamento diretamente na medula óssea. Ele é mais comumente utilizado nos lactentes e em crianças de até 2 anos de idade que apresentam acesso difícil ao seu acesso intravascular ou quando surge uma emergência e o acesso IV é impossível.

7. **Intraperitoneal (IP):** os medicamentos administrados dentro da cavidade peritoneal são absorvidos para dentro da circulação. Os agentes quimioterápicos, a insulina e os antibióticos são administrados desta maneira.

8. **Intrapleural (IPL):** uma seringa e agulha ou um dreno torácico são utilizados para administrar os medicamentos intrapleurais diretamente dentro do espaço pleural. Os agentes quimioterápicos são os medicamentos mais comumente utilizados através deste método. Os médicos também instilam os medicamentos que ajudam a resolver o derrame pleural persistente para promover a aderência entre as pleuras visceral e parietal. Isto é chamado de pleurodese.

9. **Intra-arterial (IA):** Os medicamentos intra-arteriais são administrados diretamente dentro das artérias. As infusões intra-arteriais são muito comuns em pacientes que apresentam coágulos arteriais e recebem os agentes anticoagulantes.

Vias Tópicas: retal (VR), tópica (T), inalável, adesivo transdérmico (AT)

Os medicamentos aplicados na pele e na mucosa geralmente possuem efeitos locais. Você aplica os medicamentos tópicos na pele ao pintar ou espalhar o medicamento sobre uma área, aplicando compressas úmidas, embebendo partes do corpo em uma solução ou fornecendo banhos medicamentosos.

Os efeitos sistêmicos frequentemente acontecem quando a pele de um paciente é fina ou está com uma solução de continuidade, quando a concentração do medicamento é alta ou quando o contato com a pele é prolongado.

Você aplica os medicamentos tópicos nas mucosas das seguintes maneiras:

- Descrever a técnica empregada para obtenção da amostra tecidual na C.E.
- Demonstrar conhecimento do código de classificação de esfregaço de C.E.
- Conceituar biópsias.
- Classificar biópsias.
- Explicar as indicações e contraindicações da biópsia.
- Descrever os tipos de biópsias empregados no diagnóstico de lesões bucais.
- Descrever a sequência da biópsia para a obtenção de amostra tecidual.
- Demonstrar conhecimentos no emprego das biópsias incisoriais dos tipos punch e saca- bocados.
- Demonstrar conhecimentos no emprego de biópsias do tipo excisional.
- Descrever as principais causas de erros e falhas de biópsias.
- Conceituar biópsia aspirativa por agulha fina.
- Descrever as indicações da biópsia aspirativa por agulha fina.
- Conceituar exame de congelação.
- Descrever as indicações do exame de congelação.

RESOLUÇÃO COFEN-195/1997

Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso das atribuições previstas no artigo 8º, incisos IX e XIII da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, no artigo 16, incisos XI e XIII do Regimento da Autarquia aprovado pela Resolução COFEN-52/79 e cumprindo deliberação do Plenário em sua 253ª Reunião Ordinária,

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no seu artigo 11, incisos I alíneas “i” e “j” e II, alíneas “c”, “f”, “g”, “h” e “i”;

Considerando o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no artigo 8º, incisos I, alíneas “e” e “f” e II, alíneas “c”, “g”, “h”, “i” e “p”;

Considerando as inúmeras solicitações de consultas existentes sobre a matéria;

Considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;

Considerando os programas do Ministério da Saúde: “DST/AIDS/COAS”; “Viva Mulher”; “Assistência Integral e Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)”; “Controle de Doenças Transmissíveis” dentre outros,

Considerando Manuais de Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde: “Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS - Controle das Doenças Transmissíveis”; “Pré-Natal de Baixo Risco” - 1986; “Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de controle da Hanseníase” - 1988; “Procedimento para atividade e controle da Tuberculose” - 1989; “Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas Poli quimioterapia no tratamento da Hanseníase” - 1990; “Guia de Controle de Hanseníase” - 1994; “Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente” - 1995;

Considerando o Manual de Treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF);

Considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente); e,

Considerando o contido nos PADs COFEN nº 166 e 297/91,

Resolve:

Art. 1º - O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Art. 2º - A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE CHOQUE, PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA, POLITRAUMA, AFOGAMENTO, QUEIMADURA, INTOXICAÇÃO, ENVENENAMENTO E PICADA DE ANIMAIS PEÇONHENTOS.

Com o objetivo¹⁵ de definir critérios e diretrizes para estruturação e funcionamento de sistemas locais de atenção às urgências, regulação médica, Atendimento Pré-Hospitalar (APH) fixo, APH Móvel E Atendimento Hospitalar, o Ministério da Saúde implantou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, por meio da Portaria n. 2.048/2002.

Face à realidade, é fundamental que os envolvidos na atenção em urgência e emergência conheçam as políticas públicas relacionadas ao tema e se articulem na proposição das mudanças necessárias, considerando, obviamente, as diversidades locais do panorama brasileiro.

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n. 1.451/95, entende-se por **urgência** a condição “imprevista de agravo da saúde com ou sem risco potencial de vida”, com necessidade de assistência de saúde imediata ou em até 24h, e **emergência** como a condição imprevista de agravo da saúde, com “risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”.

O perfil do profissional e da equipe multiprofissional que atuam na atenção às urgências está relacionado à característica de cada unidade. No entanto, são requisitos gerais indispensáveis: liderança, agilidade, observação, competência, embasamento científico e habilidade técnica, além do comprometimento com o trabalho e a equipe.

As ações com elevado grau de responsabilidade para realizar as atividades com atenção, senso de planejamento e organização têm como objetivo comum somar os esforços para maximizar as chances de prevenção de danos, recuperação da saúde e sobrevivência do paciente.

A estrutura para atendimento em situações de urgência e emergência, fundamentada em políticas de saúde e linhas estratégicas interligadas, também se relaciona à (re) organização das redes assistenciais, humanização no atendimento e operacionalização da central de regulação médica de urgências.

15 TOBASE, L.; TOMAZINI, E. A. S. *Urgências e Emergências em Enfermagem*. Guanabara Koogan, 2017.

Art. 96 - Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade.

Art. 97 - Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos pré-determinados.

Art. 98 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Art. 99 - Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de co-autores e colaboradores.

Art. 100 - Utilizar sem referência ao autor ou sem a sua autorização expressa, dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas.

Art. 101 - Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha participado como autor ou não, implantadas em serviços ou instituições sem concordância ou concessão do autor.

Art. 102 - Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou co-autor em obra técnico-científica.

CAPÍTULO IV DA PUBLICIDADE

DIREITOS

Art. 103 - Utilizar-se de veículo de comunicação para conceder entrevistas ou divulgar eventos e assuntos de sua competência, com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 104 - Anunciar a prestação de serviços para os quais está habilitado.

RESPONSABILIDADES E DEVERES

Art. 105 - Resguardar os princípios da honestidade, veracidade e fidedignidade no conteúdo e na forma publicitária.

Art. 106 - Zelar pelos preceitos éticos e legais da profissão nas diferentes formas de divulgação.

PROIBIÇÕES

Art. 107 - Divulgar informação inverídica sobre assunto de sua área profissional.

Art. 108 - Inserir imagens ou informações que possam identificar pessoas e instituições sem sua prévia autorização.

Art. 109 - Anunciar título ou qualificação que não possa comprovar.

Art. 110 - Omitir em proveito próprio, referência a pessoas ou instituições.

Art. 111 - Anunciar a prestação de serviços gratuitos ou propor honorários que caracterizem concorrência desleal.

CAPÍTULO V DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 112 - A caracterização das infrações éticas e disciplinares e a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 113 - Considera-se infração ética a ação, omissão ou convivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 114 - Considera-se infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem.

Art. 115 - Responde pela infração quem a cometer ou concorrer para a sua prática, ou dela obtiver benefício, quando cometida por outrem.

Art. 116 - A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise dos fatos do dano e de suas consequências.

Art. 117 - A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético das Autarquias Profissionais de Enfermagem.

Art. 118 - As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I - Advertência verbal;

II - Multa;

III - Censura;

IV - Suspensão do exercício profissional;

V - Cassação do direito ao exercício profissional.

§ 1º - A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º - A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (uma) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º - A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º - A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da enfermagem por um período não superior a 29 (vinte e nove) dias e será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º - A cassação consiste na perda do direito ao exercício da enfermagem e será divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

Art. 119 - As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da alçada do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único - Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem, terá como instância superior a Assembléia dos Delegados Regionais.

Art. 120 - Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

I - A maior ou menor gravidade da infração;

II - As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;

III - O dano causado e suas consequências;

IV - Os antecedentes do infrator.

Art. 121 - As infrações serão consideradas leves, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º - São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições.

§ 2º - São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa ou as que causem danos patrimoniais ou financeiros.

Art. 99 Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

Art. 100 Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

Art. 101 Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

Art. 102 Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

CAPÍTULO IV DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 103 A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 104 Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou convivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 105 O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

Art. 106 A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

Art. 107 A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 108 As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

- I – Advertência verbal;
- II – Multa;
- III – Censura;
- IV – Suspensão do Exercício Profissional;
- V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

§ 1º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 6º As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

§ 7º Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

Art. 109 As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 110 Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I – A gravidade da infração;
- II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;
- III – O dano causado e o resultado;
- IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 111 As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 112 São consideradas circunstâncias atenuantes:

I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

- II – Ter bons antecedentes profissionais;
- III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;
- IV – Realizar atos sob emprego real de força física;
- V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;
- VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

Art. 113 São consideradas circunstâncias agravantes:

- I – Ser reincidente;
- II – Causar danos irreparáveis;
- III – Cometer infração dolosamente;
- IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;
- V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou vantagem de outra infração;
- VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;