



MOSSORÓ - RN

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOSSORÓ
- RIO GRANDE DO NORTE

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 01/2023, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2023

CÓD: SL-033JN-24
7908433248095

Como passar em um concurso público?

Todos nós sabemos que é um grande desafio ser aprovado em concurso público, dessa maneira é muito importante o concurseiro estar focado e determinado em seus estudos e na sua preparação. É verdade que não existe uma fórmula mágica ou uma regra de como estudar para concursos públicos, é importante cada pessoa encontrar a melhor maneira para estar otimizando sua preparação.

Algumas dicas podem sempre ajudar a elevar o nível dos estudos, criando uma motivação para estudar. Pensando nisso, a Solução preparou esta introdução com algumas dicas que irão fazer toda a diferença na sua preparação.

Então mãos à obra!

- Esteja focado em seu objetivo: É de extrema importância você estar focado em seu objetivo: a aprovação no concurso. Você vai ter que colocar em sua mente que sua prioridade é dedicar-se para a realização de seu sonho;
- Não saia atirando para todos os lados: Procure dar atenção a um concurso de cada vez, a dificuldade é muito maior quando você tenta focar em vários certames, pois as matérias das diversas áreas são diferentes. Desta forma, é importante que você defina uma área e especializando-se nela. Se for possível realize todos os concursos que saírem que englobe a mesma área;
- Defina um local, dias e horários para estudar: Uma maneira de organizar seus estudos é transformando isso em um hábito, determinado um local, os horários e dias específicos para estudar cada disciplina que irá compor o concurso. O local de estudo não pode ter uma distração com interrupções constantes, é preciso ter concentração total;
- Organização: Como dissemos anteriormente, é preciso evitar qualquer distração, suas horas de estudos são inegociáveis. É praticamente impossível passar em um concurso público se você não for uma pessoa organizada, é importante ter uma planilha contendo sua rotina diária de atividades definindo o melhor horário de estudo;
- Método de estudo: Um grande aliado para facilitar seus estudos, são os resumos. Isso irá te ajudar na hora da revisão sobre o assunto estudado. É fundamental que você inicie seus estudos antes mesmo de sair o edital, buscando editais de concursos anteriores. Busque refazer a provas dos concursos anteriores, isso irá te ajudar na preparação.
- Invista nos materiais: É essencial que você tenha um bom material voltado para concursos públicos, completo e atualizado. Esses materiais devem trazer toda a teoria do edital de uma forma didática e esquematizada, contendo exercícios para praticar. Quanto mais exercícios você realizar, melhor será sua preparação para realizar a prova do certame;
- Cuide de sua preparação: Não são só os estudos que são importantes na sua preparação, evite perder sono, isso te deixará com uma menor energia e um cérebro cansado. É preciso que você tenha uma boa noite de sono. Outro fator importante na sua preparação, é tirar ao menos 1 (um) dia na semana para descanso e lazer, renovando as energias e evitando o estresse.

A motivação é a chave do sucesso na vida dos concurseiros. Compreendemos que nem sempre é fácil, e às vezes bate aquele desânimo com vários fatores ao nosso redor. Porém tenha garra ao focar na sua aprovação no concurso público dos seus sonhos.

Como dissemos no começo, não existe uma fórmula mágica, um método infalível. O que realmente existe é a sua garra, sua dedicação e motivação para realizar o seu grande sonho de ser aprovado no concurso público. Acredite em você e no seu potencial.

A Solução tem ajudado, há mais de 36 anos, quem quer vencer a batalha do concurso público. **Vamos juntos!**

Língua Portuguesa

1. Fonética. Encontros Vocálicos e Consonantais. Silaba e Tonicidade. Divisão Silábica.....	9
2. Morfologia. Formação das Palavras. Componentes de um Vocabulo.....	10
3. Significação das Palavras.....	12
4. Classes de Palavras: Substantivo, Artigo, Adjetivo, Numeral, Pronome, Verbo, Advérbio, Preposição, Conjunção e Interieção	12
5. Sintaxe: Concordância Nominal e Concordância Verbal	25
6. Acentuação Gráfica	26
7. Interpretação de Texto.....	27
8. Ortografia.....	29

Raciocínio Lógico

1. Raciocínio lógico. Estruturas lógicas	41
2. Lógica de argumentação	45
3. Diagramas lógicos	46
4. Resolução de situações-problema	49
5. Reconhecimento de sequências e padrões.....	50
6. Avaliação de argumentos por diagramas de conjuntos	52

Sistema Único de Saúde

1. NOB/96 e NOAS 01 e 02	59
2. Políticas de Saúde: Organização dos serviços de saúde no Brasil; Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes, controle social, indicadores de Saúde.....	86
3. Sistema de vigilâncias em saúde epidemiológica	94
4. Endemias e epidemias: situação atual, medidas de controle e tratamento	95
5. Modelo Assistencial, Planejamento e programação local de saúde	97
6. Política Nacional de Humanização	97
7. Constituição Federal /88, Seção II - Da Saúde.....	106
8. Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990	108
9. Lei Federal nº 8.142 de 26/12/1990.....	118
10. Política Nacional de Atenção Básica à Saúde Portaria 2488/2011.....	119
11. Estratégias de Saúde da Família Núcleos de "Apoio à Saúde da Família.....	136
12. Cartilha de Direito e Deveres do usuário do SUS	137
13. Redes de atenção à saúde	144
14. Política Nacional de Promoção de saúde; Promoção da saúde	145
15. Política Nacional de Educação Permanente em saúde	158
16. Modelo de atenção e processo de trabalho no SUS	159
17. Determinantes do processo saúde-doença	160
18. Políticas de saúde e história das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva histórica	160

ÍNDICE

19. Reforma sanitária.....	161
20. Sistemas e serviços de saúde.....	162
21. Financiamento público e privado da saúde no Brasil.....	162
22. Controle social: conselhos e conferências de saúde.....	163
23. Conferências Nacionais de Saúde.....	163
24. Organização do SUS.....	164
25. Legislação estruturante, princípios e diretrizes do SUS; Constituição Federal de 1988; Lei 8.080/90 e Lei 8.142/920; Princípios e Diretrizes.....	169
26. Pacto pela Saúde, de Gestão e pela Vida.....	169
27. Planejamento e Gestão em saúde.....	187
28. Modelos de atenção à saúde.....	205
29. Vigilância à Saúde: noções básicas.....	214
30. Programas nacionais de saúde.....	215
31. Atenção Primária à Saúde: conceitos, princípios e organização no Brasil; História da APS.....	221
32. Estratégia de Saúde da Família: histórico, processo de implantação, organização e normatizações.....	225
33. Processo de Trabalho em Saúde.....	226
34. Epidemiologia básica: indicadores de saúde; sistemas de informações; métodos epidemiológicos; principais agravos de interesse público.....	227
35. Demografia básica: perfis nacionais, alterações recentes e perspectivas.....	229
36. Interesse público.....	230

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Técnicas de enfermagem para execução de cuidados à saúde na baixa, média e alta complexidade.....	235
2. antissepsia; esterilização e desinfecção de materiais; preparo e acondicionamento de artigos e materiais utilizados na prestação da assistência.....	236
3. necessidades básicas do paciente.....	248
4. segurança do paciente.....	248
5. prevenção e tratamento de feridas.....	251
6. sistematização da assistência de enfermagem.....	253
7. trabalho em equipe multidisciplinar.....	254
8. noções de farmacologia incluindo cálculo de medicamentos, vias de administração e técnicas para administração de medicamentos a pacientes internados e ambulatoriais.....	256
9. noções de microbiologia, resistência microbiana e uso racional de antimicrobianos.....	268
10. noções do Programa Nacional de Imunização.....	270
11. sinais e sintomas nas afecções: cardiopulmonares, Vasculares, gastrointestinais, = neurológicas, urogenitais, musculoesqueléticas, endocrinológicas, dermatológicas e hematológica.....	283
12. Preparo de pacientes para procedimentos cirúrgicos, tratamentos diversos e exames diagnósticos de baixa, média e alta complexidade.....	287
13. ética profissional.....	287
14. técnicas fundamentais em Enfermagem.....	298
15. registro de Enfermagem.....	298
16. cuidados de Enfermagem com administração de dietas (oral, enteral e parenteral).....	313

ÍNDICE

17. assistência ao paciente cirúrgico; Enfermagem em centro cirúrgico	321
18. controle e prevenção de infecção hospitalar	335
19. Enfermagem materno-infantil (pré-parto/parto/ puerpério)	349
20. Enfermagem em Neonatologia e Pediatria	365
21. Enfermagem em urgência, emergência, trauma e terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal	365
22. suporte básico de vida	374
23. Código de Ética do profissional de enfermagem.....	375
24. Lei do exercício profissional	375
25. Decreto de regulamentação da profissão	377
26. legislação do SUS	379
27. imunização	389
28. biossegurança nas ações de enfermagem	389
29. humanização da assistência de enfermagem	389

LÍNGUA PORTUGUESA

FONÉTICA. ENCONTROS VOCÁLICOS E CONSONANTAIS. SÍLABA E TONICIDADE. DIVISÃO SILÁBICA

Muitas pessoas acham que fonética e fonologia são sinônimos. Mas, embora as duas pertençam a uma mesma área de estudo, elas são diferentes.

Fonética

Segundo o dicionário Houaiss, *fonética* “é o estudo dos sons da fala de uma língua”. O que isso significa? A fonética é um ramo da Linguística que se dedica a analisar os sons de modo físico-articulator. Ou seja, ela se preocupa com o movimento dos lábios, a vibração das cordas vocais, a articulação e outros movimentos físicos, mas não tem interesse em saber do conteúdo daquilo que é falado. A fonética utiliza o Alfabeto Fonético Internacional para representar cada som.

Sintetizando: a fonética estuda o movimento físico (da boca, lábios...) que cada som faz, desconsiderando o significado desses sons.

Fonologia

A fonologia também é um ramo de estudo da Linguística, mas ela se preocupa em analisar a organização e a classificação dos sons, separando-os em unidades significativas. É responsabilidade da fonologia, também, cuidar de aspectos relativos à divisão silábica, à acentuação de palavras, à ortografia e à pronúncia.

Sintetizando: a fonologia estuda os sons, preocupando-se com o significado de cada um e não só com sua estrutura física.

Bom, agora que sabemos que fonética e fonologia são coisas diferentes, precisamos de entender o que é fonema e letra.

Fonema: os fonemas são as menores unidades sonoras da fala. Atenção: estamos falando de menores unidades de som, não de sílabas. Observe a diferença: na palavra pato a primeira sílaba é pa. Porém, o primeiro som é pê (P) e o segundo som é a (A).

Letra: as letras são as menores unidades gráficas de uma palavra.

Sintetizando: na palavra pato, pa- é a primeira sílaba; pê é o primeiro som; e P é a primeira letra.

Agora que já sabemos todas essas diferenciações, vamos entender melhor o que é e como se compõe uma sílaba.

Sílaba: A sílaba é um fonema ou conjunto de fonemas que emitido em um só impulso de voz e que tem como base uma vogal.

A sílabas são classificadas de dois modos:

Classificação quanto ao número de sílabas:

As palavras podem ser:

- Monossílabas: as que têm uma só sílaba (pé, pá, mão, boi, luz, é...)
- Dissílabas: as que têm duas sílabas (café, leite, noites, caí, bota, água...)
- Trissílabas: as que têm três sílabas (caneta, cabeça, saúde, circuito, boneca...)
- Polissílabas: as que têm quatro ou mais sílabas (casamento, jesuíta, irresponsabilidade, paralelepípedo...)

Classificação quanto à tonicidade

As palavras podem ser:

- **Oxítonas**: quando a sílaba tônica é a última (ca-fé, ma-ra-cu-já, ra-paz, u-ru-bu...)
- **Paroxítonas**: quando a sílaba tônica é a penúltima (me-sa, sa-bo-ne-te, ré-gua...)
- **Proparoxítonas**: quando a sílaba tônica é a antepenúltima (sá-ba-do, tô-ni-ca, his-tó-ri-co...)

Lembre-se que:

Tônica: a sílaba mais forte da palavra, que tem autonomia fonética.

Átona: a sílaba mais fraca da palavra, que não tem autonomia fonética.

Na palavra *telefone*: te-, le-, ne- são sílabas átonas, pois são mais fracas, enquanto que fo- é a sílaba tônica, já que é a pronunciada com mais força.

Agora que já sabemos essas classificações básicas, precisamos entender melhor como se dá a divisão silábica das palavras.

Divisão silábica

A divisão silábica é feita pela silabação das palavras, ou seja, pela pronúncia. Sempre que for escrever, use o hífen para separar uma sílaba da outra. Algumas regras devem ser seguidas neste processo:

Não se separa:

- **Ditongo**: encontro de uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (cau-le, gai-o-la, ba-lei-a...)
- **Tritongo**: encontro de uma semivogal, uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (Pa-ra-guai, quais-quer, a-ve-ri-guou...)
- **Dígrafo**: quando duas letras emitem um único som na palavra. Não separamos os dígrafos ch, lh, nh, gu e qu (fa-cha-da, co-lhei-ta, fro-nha, pe-guei...)
- **Encontros consonantais inseparáveis**: re-cla-mar, psi-có-lo-go, pa-trão...)

Deve-se separar:

- **Hiatos:** vogais que se encontram, mas estão em sílabas vizinhas (sa-ú-de, Sa-a-ra, ví-a-mos...)
- Os **dígrafos** rr, ss, sc, e xc (car-ro, pás-sa-ro, pis-ci-na, ex-ce-ção...)
- **Encontros consonantais separáveis:** in-fec-ção, mag-nó-lia, rit-mo...)

MORFOLOGIA.FORMAÇÃO DAS PALAVRAS. COMPONENTES DE UM VOCÁBULO

As palavras são formadas por estruturas menores, com significados próprios. Para isso, há vários processos que contribuem para a formação das palavras.

Estrutura das palavras

As palavras podem ser subdivididas em estruturas significativas menores - os morfemas, também chamados de elementos mórficos:

- radical e raiz;
- vogal temática;
- tema;
- desinências;
- afixos;
- vogais e consoantes de ligação.

Radical: Elemento que contém a base de significação do vocábulo.

Exemplos

VENDEr, PARTir, ALUNo, MAR.

Desinências: Elementos que indicam as flexões dos vocábulos.

Dividem-se em:

Nominais

Indicam flexões de gênero e número nos substantivos.

Exemplos

pequenO, pequenA, alunO, alunA.

pequenoS, pequenaS, alunoS, alunAS.

Verbais

Indicam flexões de modo, tempo, pessoa e número nos verbos

Exemplos

vendêSSEmos, entregáRAMos. (modo e tempo)

vendesteS, entregásseIS. (pessoa e número)

Indica, nos verbos, a conjugação a que pertencem.

Exemplos

1ª conjugação: – A – cantAr

2ª conjugação: – E – fazEr

3ª conjugação: – I – sumIr

Observação

Nos substantivos ocorre vogal temática quando ela não indica oposição masculino/feminino.

Exemplos

livrO, dentE, paletó.

Tema: União do radical e a vogal temática.

Exemplos

CANTAr, CORREr, CONSUMIr.

Vogal e consoante de ligação: São os elementos que se interpõem aos vocábulos por necessidade de eufonia.

Exemplos

chaLeira, cafeZal.

Visão geral: a formação de palavras que integram o léxico da língua baseia-se em dois principais processos morfológicos (combinação de morfemas): a derivação e a composição.

Derivação: é a formação de uma nova palavra (palavra derivada) com base em uma outra que já existe na língua (palavra primitiva ou radical).

1 – Prefixal por prefixação: um prefixo ou mais são adicionados à palavra primitiva.

PREFIXO	PALAVRA PRIMITIVA	PALAVRA DERIVADA
inf	fiel	infiel
sobre	carga	sobrecarga

2 – Sufixal ou por sufixação: é a adição de sufixo à palavra primitiva.

PALAVRA PRIMITIVA	SUFIXO	PALAVRA DERIVADA
gol	leiro	goleiro
feliz	mente	felizmente

3 – Prefixal e sufixal: nesse tipo, a presença do prefixo ou do sufixo à palavra primitiva já é o suficiente para formação de uma nova palavra.

PREFIXO	PALAVRA PRIMITIVA	SUFIXO	PALAVRA DERIVADA
inf	feliz	–	Infeliz
–	feliz	mente	Felizmente
des	igual	–	desigual
–	igual	dade	igualdade

4 – Parassintética: também consiste na adição de prefixo e sufixo à palavra primitiva, porém, diferentemente do tipo anterior, para existência da nova palavra, ambos os acréscimos são obrigatórios. Esse processo parte de substantivos e adjetivos para originar um verbo.

PREFIXO	PALAVRA PRIMITIVA	SUFIXO	PALAVRA DERIVADA
em	pobre	cer	empobrecer
em	trist	ecer	estristecer

5 – Regressiva: é a remoção da parte final de uma palavra primitiva para, dessa forma, obter uma palavra derivada. Esse origina substantivos a partir de formas verbais que expressam uma ação. Essas novas palavras recebem o nome de deverbais. Tal composição ocorre a partir da substituição da terminação verbal formada pela vogal temática + desinência de infinitivo (“-ar” ou “-er”) por uma das vogais temáticas nominais (-a, -e, -o).”

VERBO	RADICAL	DESINÊNCIA	VOGAL TEMÁTICA	SUBSTANTIVO
debater	debat	er	e	debate
sustentar	sustent	ar	o	sustento
vender	vend	er	a	venda

6 – Imprópria (ou conversão): é o processo que resulta na mudança da classe gramatical de uma palavra primitiva, mas não modifica sua forma. Exemplo: a palavra jantar pode ser um verbo na frase “Convidaram-me para *jantar*”, mas também pode ser um substantivo na frase “O *jantar* estava maravilhoso”.

Composição: é o processo de formação de palavra a partir da junção de dois ou mais radicais. A composição pode se realizar por justaposição ou por aglutinação.

– **Justaposição:** na junção, não há modificação dos radicais. Exemplo: passa + tempo = passatempo; gira + sol = girassol.

– **Aglutinação:** existe alteração dos radicais na sua junção. Exemplo: em + boa + hora = embora; desta + arte = destarte.

RACIOCÍNIO LÓGICO

RACIOCÍNIO LÓGICO. ESTRUTURAS LÓGICAS

Proposição

Conjunto de palavras ou símbolos que expressam um pensamento ou uma ideia de sentido completo. Elas transmitem pensamentos, isto é, afirmam fatos ou exprimem juízos que formamos a respeito de determinados conceitos ou entes.

Valores lógicos

São os valores atribuídos as proposições, podendo ser uma **verdade**, se a proposição é verdadeira (V), e uma **falsidade**, se a proposição é falsa (F). Designamos as letras V e F para abreviarmos os valores lógicos verdade e falsidade respectivamente.

Com isso temos alguns axiomas da lógica:

- **PRINCÍPIO DA NÃO CONTRADIÇÃO:** uma proposição não pode ser verdadeira e falsa ao mesmo tempo.
- **PRINCÍPIO DO TERCEIRO EXCLUÍDO:** toda proposição OU é verdadeira OU é falsa, verificamos sempre um desses casos, NUNCA existindo um terceiro caso.

“Toda proposição tem um, e somente um, dos valores, que são: V ou F.”

Classificação de uma proposição

Elas podem ser:

- **Sentença aberta:** quando não se pode atribuir um valor lógico verdadeiro ou falso para ela (ou valorar a proposição!), portanto, não é considerada frase lógica. São consideradas sentenças abertas:
 - Frases interrogativas: Quando será prova? - Estudou ontem?
 - Fez Sol ontem?
 - Frases exclamativas: Gol! – Que maravilhoso!
 - Frase imperativas: Estude e leia com atenção. – Desligue a televisão.
 - Frases sem sentido lógico (expressões vagas, paradoxais, ambíguas, ...): “esta frase é falsa” (expressão paradoxal) – O cachorro do meu vizinho morreu (expressão ambígua) – $2 + 5 + 1$

- **Sentença fechada:** quando a proposição admitir um ÚNICO valor lógico, seja ele verdadeiro ou falso, nesse caso, será considerada uma frase, proposição ou sentença lógica.

Proposições simples e compostas

- **Proposições simples** (ou atômicas): aquela que **NÃO** contém nenhuma outra proposição como parte integrante de si mesma. As proposições simples são designadas pelas letras latinas minúsculas p, q, r, s..., chamadas letras proposicionais.

Exemplos

r: Thiago é careca.

s: Pedro é professor.

- **Proposições compostas** (ou moleculares ou estruturas lógicas): aquela formada pela combinação de duas ou mais proposições simples. As proposições compostas são designadas pelas letras latinas maiúsculas P, Q, R, R..., também chamadas letras proposicionais.

Exemplo

P: Thiago é careca e Pedro é professor.

ATENÇÃO: TODAS as **proposições compostas** são formadas por **duas proposições simples**.

Exemplos:

1. (CESPE/UNB) Na lista de frases apresentadas a seguir:

- “A frase dentro destas aspas é uma mentira.”
- A expressão $x + y$ é positiva.
- O valor de $\sqrt{4 + 3} = 7$.
- Pelé marcou dez gols para a seleção brasileira.
- O que é isto?

Há exatamente:

- (A) uma proposição;
- (B) duas proposições;
- (C) três proposições;
- (D) quatro proposições;
- (E) todas são proposições.

Resolução:

Analisemos cada alternativa:

- (A) “A frase dentro destas aspas é uma mentira”, não podemos atribuir valores lógicos a ela, logo não é uma sentença lógica.
- (B) A expressão $x + y$ é positiva, não temos como atribuir valores lógicos, logo não é sentença lógica.
- (C) O valor de $\sqrt{4 + 3} = 7$; é uma sentença lógica pois podemos atribuir valores lógicos, independente do resultado que tenhamos
- (D) Pelé marcou dez gols para a seleção brasileira, também podemos atribuir valores lógicos (não estamos considerando a quantidade certa de gols, apenas se podemos atribuir um valor de V ou F a sentença).

- (E) O que é isto? - como vemos não podemos atribuir valores lógicos por se tratar de uma frase interrogativa.

Resposta: B.

Conectivos (conectores lógicos)

Para compôr novas proposições, definidas como composta, a partir de outras proposições simples, usam-se os conectivos. São eles:

RACIOCÍNIO LÓGICO

Operação	Conectivo	Estrutura Lógica	Tabela verdade															
Negação	\sim	Não p	<table border="1"> <thead> <tr> <th>p</th> <th>$\sim p$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </tbody> </table>	p	$\sim p$	V	F	F	V									
p	$\sim p$																	
V	F																	
F	V																	
Conjunção	\wedge	p e q	<table border="1"> <thead> <tr> <th>p</th> <th>q</th> <th>$p \wedge q$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	p	q	$p \wedge q$	V	V	V	V	F	F	F	V	F	F	F	F
p	q	$p \wedge q$																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	F																
F	F	F																
Disjunção Inclusiva	\vee	p ou q	<table border="1"> <thead> <tr> <th>p</th> <th>q</th> <th>$p \vee q$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	p	q	$p \vee q$	V	V	V	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	$p \vee q$																
V	V	V																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Disjunção Exclusiva	$\underline{\vee}$	Ou p ou q	<table border="1"> <thead> <tr> <th>p</th> <th>q</th> <th>$p \underline{\vee} q$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </tbody> </table>	p	q	$p \underline{\vee} q$	V	V	F	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	$p \underline{\vee} q$																
V	V	F																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Condicional	\rightarrow	Se p então q	<table border="1"> <thead> <tr> <th>p</th> <th>q</th> <th>$p \rightarrow q$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </tbody> </table>	p	q	$p \rightarrow q$	V	V	V	V	F	F	F	V	V	F	F	V
p	q	$p \rightarrow q$																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	V																
F	F	V																
Bicondicional	\leftrightarrow	p se e somente se q	<table border="1"> <thead> <tr> <th>p</th> <th>q</th> <th>$p \leftrightarrow q$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </tbody> </table>	p	q	$p \leftrightarrow q$	V	V	V	V	F	F	F	V	F	F	F	V
p	q	$p \leftrightarrow q$																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	F																
F	F	V																

Exemplo:

2. (PC/SP - Delegado de Polícia - VUNESP) Os conectivos ou operadores lógicos são palavras (da linguagem comum) ou símbolos (da linguagem formal) utilizados para conectar proposições de acordo com regras formais preestabelecidas. Assinale a alternativa que apresenta exemplos de conjunção, negação e implicação, respectivamente.

- (A) $\neg p, p \vee q, p \wedge q$
- (B) $p \wedge q, \neg p, p \rightarrow q$
- (C) $p \rightarrow q, p \vee q, \neg p$
- (D) $p \vee p, p \rightarrow q, \neg q$
- (E) $p \vee q, \neg q, p \vee q$

Resolução:

A conjunção é um tipo de proposição composta e apresenta o conectivo “e”, e é representada pelo símbolo \wedge . A negação é representada pelo símbolo \sim ou cantoneira (\neg) e pode negar uma proposição simples (por exemplo: $\neg p$) ou composta. Já a implicação é uma proposição composta do tipo condicional (Se, então) é representada pelo símbolo (\rightarrow).

Resposta: B.

Tabela Verdade

Quando trabalhamos com as proposições compostas, determinamos o seu valor lógico partindo das proposições simples que a compõe. O valor lógico de qualquer proposição composta depende UNICAMENTE dos valores lógicos das proposições simples componentes, ficando por eles UNIVOCAMENTE determinados.

• **Número de linhas de uma Tabela Verdade:** depende do número de proposições simples que a integram, sendo dado pelo seguinte teorema:

“A tabela verdade de uma proposição composta com n^* proposições simples componentes contém 2^n linhas.”

Exemplo:

3. (CESPE/UNB) Se “A”, “B”, “C” e “D” forem proposições simples e distintas, então o número de linhas da tabela-verdade da proposição $(A \rightarrow B) \leftrightarrow (C \rightarrow D)$ será igual a:

- (A) 2;
- (B) 4;
- (C) 8;
- (D) 16;
- (E) 32.

Resolução:

Veja que podemos aplicar a mesma linha do raciocínio acima, então teremos:

Número de linhas = $2^n = 2^4 = 16$ linhas.

Resposta D.

Conceitos de Tautologia, Contradição e Contingência

• **Tautologia:** possui todos os valores lógicos, da tabela verdade (última coluna), **V** (verdades).

Princípio da substituição: Seja $P(p, q, r, \dots)$ é uma tautologia, então $P(P_0; Q_0; R_0; \dots)$ também é uma tautologia, quaisquer que sejam as proposições P_0, Q_0, R_0, \dots

• **Contradição:** possui todos os valores lógicos, da tabela verdade (última coluna), **F** (falsidades). A contradição é a negação da Tautologia e vice versa.

Princípio da substituição: Seja $P(p, q, r, \dots)$ é uma **contradição**, então $P(P_0; Q_0; R_0; \dots)$ também é uma **contradição**, quaisquer que sejam as proposições P_0, Q_0, R_0, \dots

• **Contingência:** possui valores lógicos **V** e **F**, da tabela verdade (última coluna). Em outros termos a contingência é uma proposição composta que não é **tautologia** e nem **contradição**.

Exemplos:

4. (DPU – ANALISTA – CESPE) Um estudante de direito, com o objetivo de sistematizar o seu estudo, criou sua própria legenda, na qual identificava, por letras, algumas afirmações relevantes quanto à disciplina estudada e as vinculava por meio de sentenças (proposições). No seu vocabulário particular constava, por exemplo:

P: Cometeu o crime A.

Q: Cometeu o crime B.

R: Será punido, obrigatoriamente, com a pena de reclusão no regime fechado.

S: Poderá optar pelo pagamento de fiança.

Ao revisar seus escritos, o estudante, apesar de não recordar qual era o crime B, lembrou que ele era inafiançável.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

NOB/96 E NOAS 01 E 02

PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando que está expirado o prazo para apresentação de contribuições ao aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi definido pela Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996, e prorrogado por recomendação da Plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ADIB D. JATENE

ANEXO

1. INTRODUÇÃO

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas – econômicas e sociais – que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto Nº.99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei Nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais – das esferas federal, estadual e municipal – e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade deste Sistema.

2. FINALIDADE

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde (Artigo 30, inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

- a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

3. CAMPOS DA ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas – planejamento, comando e controle – são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

4. SISTEMA DE SAÚDE MUNICIPAL

A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município - o SUS-Municipal - voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com equidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, neste nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos estados e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal – a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – e pelos gestores estadual e municipal – a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de equidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis – dentro das disponibi-

lidades orçamentárias conjunturais – oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a consequência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a conseqüente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida equidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

5. RELAÇÕES ENTRE OS SISTEMAS MUNICIPAIS

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam estes estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessário uma avaliação específica ou auditoria de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na programação pactuada e integrada entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutive, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da programação integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

6. PAPEL DO GESTOR ESTADUAL

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão neste nível de Governo.

O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral.

O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com esta função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUSEstadual.

O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

- a) informação informatizada;
- b) financiamento;
- c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
- d) apropriação de custos e avaliação econômica;
- e) desenvolvimento de recursos humanos;
- f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
- g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Técnico de Enfermagem

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM PARA EXECUÇÃO DE CUIDADOS À SAÚDE NA BAIXA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

A enfermagem é uma profissão fundamental no sistema de saúde, atuando na linha de frente do cuidado ao paciente. A seguir, vamos explorar as diversas facetas da enfermagem, enfatizando a importância da profissão em diferentes níveis de complexidade no cuidado à saúde. Ao compreender e dominar as técnicas específicas para cada nível, os profissionais de enfermagem podem oferecer cuidados mais eficientes, seguros e humanizados.

Compreendendo os níveis de complexidade

O cuidado à saúde é categorizado em três principais níveis de complexidade: baixa, média e alta. Cada nível demanda um conjunto específico de habilidades e conhecimentos, adaptados às necessidades variáveis dos pacientes:

– **Baixa complexidade:** enfoca no cuidado básico e preventivo, abordando aspectos como higiene pessoal, nutrição e monitoramento de condições gerais de saúde.

– **Média complexidade:** inclui cuidados mais especializados, como administração de medicamentos por vias não orais, monitoramento de sinais vitais em condições mais instáveis e realização de procedimentos como cateterizações e curativos especiais.

– **Alta complexidade:** dedicada a pacientes em condições críticas, envolvendo cuidados intensivos, gerenciamento de equipamentos de suporte à vida, procedimentos cirúrgicos e administração de medicações complexas.

— Baixa complexidade

A baixa complexidade na enfermagem refere-se ao cuidado cotidiano e preventivo, fundamental para manter a saúde e o bem-estar dos pacientes. Este nível de cuidado é frequentemente realizado em ambientes como clínicas de atenção primária, lares de idosos e até mesmo em domicílio.

Cuidados básicos de higiene e conforto

– **Higiene pessoal:** técnicas adequadas para o banho no leito, cuidados com a pele, higiene oral e capilar. Estas práticas são essenciais para prevenir infecções e promover o conforto do paciente.

– **Mobilidade e posicionamento:** auxílio na movimentação e no posicionamento adequado, visando prevenir úlceras de pressão e facilitar a circulação sanguínea.

Nutrição e hidratação

– **Assistência na alimentação:** técnicas para auxiliar pacientes com dificuldades de alimentação, incluindo o uso de dietas especiais e a administração correta de nutrientes.

– **Hidratação:** manutenção de um equilíbrio adequado de fluidos, especialmente em pacientes idosos ou com condições crônicas.

Monitoramento de saúde geral

– **Verificação de sinais vitais:** rotinas para medir temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória.

– **Administração de medicamentos orais e tópicos:** protocolos para a administração segura de medicamentos, incluindo a verificação de dosagens e a observação de reações adversas.

Educação em Saúde

– **Orientação a pacientes e familiares:** educação sobre práticas de saúde básicas, incluindo higiene pessoal, nutrição e exercícios leves.

– **Promoção de estilos de vida saudáveis:** incentivo a hábitos que contribuem para a manutenção da saúde, como a prática regular de exercícios e uma alimentação balanceada.

Os cuidados de baixa complexidade são a base para a manutenção da saúde e prevenção de doenças. As técnicas de enfermagem neste nível requerem sensibilidade, paciência e uma abordagem holística, focando tanto no bem-estar físico quanto emocional do paciente.

— Média complexidade

A média complexidade na enfermagem envolve cuidados mais especializados que os da baixa complexidade, mas ainda não tão intensivos quanto os da alta complexidade. Esses cuidados são frequentemente necessários em hospitais gerais, unidades de emergência e em procedimentos ambulatoriais.

Monitoramento e intervenção clínica

– **Monitoramento avançado de sinais vitais:** além das medidas básicas, inclui a interpretação de ECGs (eletrocardiogramas), oximetria de pulso e capacidade respiratória.

– **Administração de medicamentos por vias diversificadas:** habilidades no manuseio de medicações intramusculares, subcutâneas, intravenosas e através de sondas.

Procedimentos especializados

– **Cateterização:** técnicas para a inserção segura de cateteres urinários e venosos, essenciais para pacientes com mobilidade limitada ou necessidades de monitoramento contínuo.

– **Curativos complexos:** manejo de feridas crônicas ou pós-operatórias, utilizando técnicas avançadas de curativo para promover a cicatrização e prevenir infecções.

Cuidados com pacientes crônicos e pós-operatórios

– **Manejo da dor:** avaliação e administração de analgésicos, considerando as necessidades individuais dos pacientes.

– **Reabilitação:** assistência na fisioterapia e em exercícios de mobilidade para recuperação pós-operatória ou manejo de condições crônicas.

Educação e comunicação em saúde

– **Educação continuada ao paciente e familiares:** Ensino sobre o manejo de condições específicas, uso correto de medicamentos e cuidados pós-operatórios.

– **Comunicação Eficaz:** Desenvolvimento de habilidades comunicativas para explicar procedimentos e planos de cuidados de forma clara e compreensiva.

Os cuidados de média complexidade requerem um equilíbrio entre conhecimento técnico e habilidades interpessoais. O enfermeiro precisa ser capaz de realizar procedimentos especializados, ao mesmo tempo que mantém uma comunicação efetiva com pacientes e colegas de trabalho, assegurando um cuidado integral e centrado no paciente.

– Alta complexidade

A alta complexidade na enfermagem é caracterizada pelo cuidado a pacientes em condições críticas, que requerem monitoramento contínuo e intervenções rápidas e precisas. Este nível de cuidado é típico em unidades de terapia intensiva (UTI), centros de trauma e unidades de cuidados especiais.

Cuidados intensivos e de emergência

– **Gerenciamento de ventilação mecânica:** competência no manuseio de ventiladores e outros equipamentos de suporte respiratório.

– **Monitoramento hemodinâmico avançado:** avaliação e interpretação de dados para identificar e responder a alterações na condição do paciente.

Administração de terapias complexas

– **Medicações de Alta Potência:** Habilidade na administração de drogas vasoativas, analgésicos potentes e quimioterápicos.

– **Transfusões e terapias intravenosas:** Manejo de transfusões sanguíneas e terapias IV complexas, requerendo precisão e atenção aos detalhes.

Procedimentos especiais

– **Assistência em procedimentos cirúrgicos e invasivos:** preparo do paciente para cirurgias, assistência durante o procedimento e cuidados pós-operatórios imediatos.

– **Manejo de emergências médicas:** capacidade de realizar procedimentos de reanimação cardiopulmonar (RCP) e outras intervenções de emergência.

Competências avançadas

– **Pensamento crítico e tomada de decisão rápida:** habilidade para avaliar situações críticas rapidamente e tomar decisões informadas sob pressão.

– **Habilidades técnicas avançadas:** proficiência no uso de tecnologia médica avançada e na realização de procedimentos complexos.

Educação continuada e desenvolvimento profissional

– **Aprimoramento constante:** compromisso com a educação continuada e a atualização das práticas de acordo com as últimas evidências científicas.

– **Treinamento em simulações:** participação em simulações de situações críticas para aprimorar habilidades e preparação para emergências reais.

A alta complexidade na enfermagem exige um alto nível de conhecimento técnico, habilidades de pensamento crítico e capacidade de resposta rápida a situações de emergência. Enfermeiros que atuam nesse nível desempenham um papel vital na manutenção da vida e na recuperação de pacientes em condições críticas.

Integrando conhecimentos e práticas em enfermagem

A prática da enfermagem requer uma contínua adaptação e flexibilidade. Os enfermeiros devem estar preparados para enfrentar desafios variados, adaptando suas habilidades e conhecimentos para fornecer o melhor cuidado possível em qualquer cenário.

A evolução constante da medicina e dos cuidados de saúde exige que os enfermeiros se comprometam com a educação continuada. Manter-se atualizado com as últimas práticas baseadas em evidências e tecnologias é fundamental para a prestação de cuidados de alta qualidade.

A enfermagem é uma combinação de ciência e arte. Requer conhecimento técnico, mas também compaixão, empatia e dedicação ao bem-estar dos pacientes. O coração da enfermagem reside na capacidade de cuidar dos outros, oferecendo não apenas habilidades técnicas, mas também conforto e apoio.

ANTISSEPZIA; ESTERILIZAÇÃO E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS; PREPARO E ACONDICIONAMENTO DE ARTIGOS E MATERIAIS UTILIZADOS NA PRESTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

O Ministério da Saúde (MS)¹²³⁴⁵⁶ considera o CME uma unidade de apoio técnico, cuja finalidade é fornecer produtos e materiais adequadamente processados, proporcionando condições para o atendimento direto e a assistência à saúde de indivíduos enfermos e/ou sadios.

O CME é uma unidade destinada a recepção, limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento, distribuição e controle dos materiais para as demais unidades hospitalares, como centro

1 CARVALHO, R. *Enfermagem em centro de material, biossegurança e bioética*. 1ª ed. Barueri, SP: Manole, 2015.

2 <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/documentos/rotinas-operacionais-padrao/ROP.UBC.001NormaseRotinasparaProcessamentodeArtigosMdicoHospitalares.pdf>

3 OLIVEIRA, S. M. K., BITENCOURT, K. C. B., FÁVARO, L. E., SCHER, C. R. *Centro Cirúrgico e CME*. Porto Alegre: SAGAH, 2019.

4 GRAZIANO, K. U.; SILVA, A.; PSALTIKIDIS, E. M. *Enfermagem em Centro de material e esterilização*. Barueri, SP: Manole, 2011.

5 Conteúdo extraído de ZORZE, C. M. F. S.; Karagulian, P. P. *Biossegurança em Enfermagem*. In: MURTA, G. F. *Saberes*.

6 <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Limpeza%20hospitalar.pdf>

cirúrgico (CC), centro obstétrico (CO), unidades de internação (UI), pronto atendimento (PA), unidade de terapia intensiva (UTI), ambulatórios, entre outras.

Em 15 de março de 2012, foi aprovada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 15 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que define o CME como uma “unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços de saúde”.

Qualquer que seja sua localização, o CME deve estar distante da circulação do público e ter acesso restrito aos funcionários que atuam na unidade ou a prestadores de serviço ou visitantes devidamente vestidos, instruídos e acompanhados por um funcionário do setor.

A RDC n° 307 do MS determina que o CME é o setor responsável pelo desenvolvimento das seguintes atividades:

- receber, desinfetar e separar os artigos que requerem reprocessamento;
- lavar os artigos de maneira cuidadosa e sistemática;
- receber as roupas provenientes da lavanderia;
- empacotar os artigos a serem reprocessados e as roupas a serem esterilizadas;
- esterilizar os artigos e as roupas, por meio de métodos adequados;
- realizar controle microbiológico e de validade dos artigos esterilizados;
- armazenar e distribuir os artigos e as roupas esterilizados para outras unidades;
- zelar pela proteção e pela segurança dos pacientes e dos funcionários.

Setores e Áreas que Compõem o CME

A dimensão do CME deve ser proporcional ao tamanho e à complexidade da unidade de saúde em que está inserido, mas, independentemente da área física, ele se divide em dois setores e em quatro áreas. Os setores são relacionados à existência de artigos e instrumentais sujos ou limpos e, portanto, à possibilidade de conduzir microrganismos contaminantes aos próximos usuários e aos próprios funcionários que os manipulam.

Os **setores** são classificados como área contaminada e área limpa:

- **Área contaminada:** local destinado a receber os artigos contaminados ou sujos e executar os procedimentos de descontaminação prévia e lavagem de todos os materiais;
- **Área limpa:** local destinado a executar os procedimentos de desinfecção, secagem, preparo, acondicionamento, esterilização, armazenamento, controle e distribuição dos materiais.

As **áreas** que compõem o CME são classificadas de acordo com as atividades realizadas em cada uma delas, sendo divididas em:

- **Expurgo:** área contaminada do CME, sendo destinada a receber, fazer a descontaminação prévia e executar a limpeza do material utilizado em toda a instituição. Deve ser provida de equipamentos, aparelhos, instalações hidráulicas e elétricas apropriadas que favoreçam a realização dessas atividades, além de ter disponíveis todos os equipamentos de proteção individual (EPI) que devem ser utilizados obrigatoriamente pelos funcionários durante todo o tempo em que estiverem manipulando os artigos contaminados;

- **Preparo e acondicionamento:** área limpa do CME, em que são realizadas as atividades de identificação, inspeção, seleção e acondicionamento dos materiais para serem desinfetados ou esterilizados. Todo o material a ser preparado para esterilização deve ser minuciosamente revisado, selecionado e inspecionado antes de ser colocado em invólucros próprios a cada processo. Para tanto, deve ter boas condições de iluminação e contar com mobiliários que proporcionem funcionalidade e conforto aos colaboradores;

- **Esterilização:** área limpa do CME destinada à instalação de diferentes equipamentos utilizados para esterilização dos diversos tipos de materiais termorresistentes ou termossensíveis, seja por métodos físicos ou físico-químicos. Por ser uma área quente e úmida em decorrência das autoclaves, deve contar com sistema próprio de ventilação e ar condicionado. É primordial que a instituição possa garantir que o material esteja realmente estéril, e não que apenas tenha passado pelo processo de esterilização;

- **Guarda e distribuição:** área limpa do CME destinada ao armazenamento e à distribuição do material limpo, desinfetado ou esterilizado para todas as unidades do hospital. A sala deve ter armários fechados para o material de maior permanência e suportes com cestos para aqueles de distribuição diária, que geralmente é feita pelo sistema de troca e em horário conveniente à instituição. Também pode ocorrer nesse local a montagem em carrinhos específicos dos materiais necessários a cada procedimento cirúrgico agendado para determinado plantão ou para o dia. Essa área deve ser fechada, com controle restrito de entrada e saída de pessoas, sistema de renovação de ar, temperatura ambiente entre 18 e 22°C e umidade relativa entre 35 e 70%.

Segundo a RDC n° 15 da Anvisa (Seção IV – Da infraestrutura), o CME de **Classe I** deve possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

- I – Área de recepção e limpeza (setor sujo);
- II – Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- III – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- IV – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e
- V – Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Já o CME de **Classe II** e a empresa processadora devem possuir, minimamente, os seguintes ambientes:

- I – Sala de recepção e limpeza (setor sujo);
- II – Sala de preparo e esterilização (setor limpo);
- III – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- IV – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e
- V – Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

Classificação e Processamento de Artigos

Os artigos hospitalares são definidos de acordo com o grau de risco de aquisição de infecções nas seguintes categorias: críticos, semicríticos e não críticos. Esta classificação norteará a escolha do processo de desinfecção ou esterilização a ser utilizado.