



# SAMU-MG

CISDESTE - CONSÓRCIO  
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE  
PARA GERENCIAMENTO DA REDE  
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
DA MACRORREGIÃO SUDESTE E  
MACRORREGIÃO LESTE DO SUL

Técnico de Enfermagem

**EDITAL CISDESTE Nº 01/2024**

CÓD: SL-033FV-24  
7908433249696

## Língua Portuguesa

|  |    |
|--|----|
| 1. Leitura e interpretação de texto .....  | 7  |
| 2. Ortografia: emprego das letras .....  | 8  |
| 3. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem ..... | 12 |
| 4. Sintaxe: reconhecimento dos termos da oração; reconhecimento das orações num período .....  | 21 |
| 5. Concordância verbal; concordância nominal .....   | 24 |
| 6. colocação de pronomes .....   | 25 |
| 7. ocorrência da crase .....   | 26 |
| 8. regência verbal; regência nominal .....   | 26 |
| 9. Processo de formação das palavras .....   | 29 |
| 10. Coesão .....   | 31 |
| 11. Sentido próprio e figurado das palavras .....  | 32 |
| 12. Pontuação .....  | 32 |
| 13. Figuras de Linguagem .....   | 34 |

## Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

|   |     |
|---|-----|
| 1. Código de Ética .....  | 47  |
| 2. Lei do Exercício Profissional .....  | 52  |
| 3. Noções gerais de anatomia e fisiologia humana. Noções de histologia dos tecidos .....  | 55  |
| 4. Noções de farmacologia .....   | 104 |
| 5. Programa Nacional de Imunizações: calendário, vacinas e soros heterólogos .....  | 114 |
| 6. Noções de microbiologia e parasitologia .....  | 127 |
| 7. Funcionamento dos sistemas: locomotor, cardiovascular, respiratório, nervoso, endócrino, urinário e órgãos genitais.....   | 130 |
| 8. Agentes infecciosos e ectoparasitos (vírus, bactérias, fungos, protozoários e artrópodes). Doenças transmissíveis pelos agentes infecciosos e ectoparasitos .....              | 130 |
| 9. Saneamento básico .....  | 135 |
| 10. Educação em saúde .....   | 137 |
| 11. Conceito e tipo de imunidade.....   | 138 |
| 12. Noções básicas sobre administração de fármacos: efeitos colaterais e assistência de enfermagem, cálculos de medicamentos e doses .....  | 138 |
| 13. Procedimentos técnicos de enfermagem .....  | 138 |
| 14. Assistência integral de enfermagem à saúde: do adulto, do idoso e mental.....   | 146 |
| 15. Assistência ao paciente com disfunções cardiovascular, circulatória, digestiva, gastrointestinal, endócrina, renal, do trato urinário, neurológica e musculoesquelética ..... | 173 |
| 16. Enfermagem materno-infantil .....   | 242 |
| 17. Assistência de enfermagem ao recém-nascido, à criança e ao adolescente hospitalizado .....  | 274 |
| 18. Enfermagem Clínico e cirúrgico .....  | 295 |
| 19. Assistência na emergência/urgência e no trauma .....  | 302 |
| 20. Assistência em terapia intensiva .....  | 322 |

## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| 21. Assistência em saúde coletiva.....   | 328 |
| 22. Noções básicas sobre as principais doenças de interesse para a saúde pública: Diarreia, cólera, dengue, febre amarela, doença de Chagas, esquistossomose, febre tifoide, meningite, tétano, sarampo, tuberculose, hepatite hanseníase, difteria, diabetes, hipertensão arterial, raiva, leishmaniose, doenças sexualmente transmissíveis ..... | 330 |
| 23. Humanização no cuidado do paciente/cliente.....  | 342 |
| 24. Biossegurança: conceito, normas de prevenção e controle de infecção hospitalar .....   | 347 |
| 25. Classificação de artigos e superfícies hospitalares aplicando conhecimentos de desinfecção, limpeza, preparo e esterilização de material.....  | 348 |
| 26. Preparação e acompanhamento de exames diagnósticos .....   | 354 |
| 27. Normas éticas do COFEN .....   | 369 |

## Material Digital:

### Sus, Urgências E Samu

|  |     |
|--|-----|
| 1. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.....     | 4   |
| 2. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017 .....    | 269 |
| 3. Portaria interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016 ..... | 607 |
| 4. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.....                  | 634 |
| 5. Portaria 1.010 de 21 de maio de 2012.....                         | 692 |

### Atenção

- Para estudar o Material Digital acesse sua “Área do Aluno” em nosso site ou faça o resgate do material seguindo os passos da página 2.

<https://www.editorasolucao.com.br/customer/account/login/>

Compreender um texto trata da análise e decodificação do que de fato está escrito, seja das frases ou das ideias presentes. Interpretar um texto, está ligado às conclusões que se pode chegar ao conectar as ideias do texto com a realidade. Interpretação trabalha com a subjetividade, com o que se entendeu sobre o texto.

Interpretar um texto permite a compreensão de todo e qualquer texto ou discurso e se amplia no entendimento da sua ideia principal. Compreender relações semânticas é uma competência imprescindível no mercado de trabalho e nos estudos.

Quando não se sabe interpretar corretamente um texto pode-se criar vários problemas, afetando não só o desenvolvimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

### Busca de sentidos

Para a busca de sentidos do texto, pode-se retirar do mesmo os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo. Isso auxiliará na apreensão do conteúdo exposto.

Isso porque é ali que se fazem necessários, estabelecem uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Por fim, concentre-se nas ideias que realmente foram explicitadas pelo autor. Textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Deve-se ater às ideias do autor, o que não quer dizer que o leitor precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não sejam criadas suposições vagas e inespecíficas.

### Importância da interpretação

A prática da leitura, seja por prazer, para estudar ou para se informar, aprimora o vocabulário e dinamiza o raciocínio e a interpretação. A leitura, além de favorecer o aprendizado de conteúdos específicos, aprimora a escrita.

Uma interpretação de texto assertiva depende de inúmeros fatores. Muitas vezes, apressados, descuidamos dos detalhes presentes em um texto, achamos que apenas uma leitura já se faz suficiente. Interpretar exige paciência e, por isso, sempre releia o texto, pois a segunda leitura pode apresentar aspectos surpreendentes que não foram observados previamente. Para auxiliar na busca de sentidos do texto, pode-se também retirar dele os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo, isso certamente auxiliará na apreensão do conteúdo exposto. Lembre-se de que os parágrafos não estão organizados, pelo menos em um bom texto, de maneira aleatória, se estão no lugar que estão, é porque ali se fazem necessários, estabelecendo uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Concentre-se nas ideias que de fato foram explicitadas pelo autor: os textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Devemos nos ater às ideias do autor, isso não quer dizer que você precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não criemos, à revelia do autor, suposições vagas e inespecíficas. Ler com atenção é um exercício que deve ser praticado à exaustão, assim como uma técnica, que fará de nós leitores proficientes.

### Diferença entre compreensão e interpretação

A compreensão de um texto é fazer uma análise objetiva do texto e verificar o que realmente está escrito nele. Já a interpretação imagina o que as ideias do texto têm a ver com a realidade. O leitor tira conclusões subjetivas do texto.

## ORTOGRAFIA: EMPREGO DAS LETRAS

A ortografia oficial prescreve a maneira correta de escrever as palavras, baseada nos padrões cultos do idioma. Procure sempre usar um bom dicionário e ler muito para melhorar sua escrita.

### Alfabeto

O alfabeto passou a ser formado por 26 letras: A – B – C – D – E – F – G – H – I – J – K – L – M – N – O – P – Q – R – S – T – U – V – W – X – Y – Z.. As letras “k”, “w” e “y” não eram consideradas integrantes do alfabeto (agora são). Essas letras são usadas em unidades de medida, nomes próprios, palavras estrangeiras e outras palavras em geral. Exemplos: km, kg, watt, playground, William, Kafka, kafkiano.

**Vogais:** a, e, i, o, u, y, w.

**Consoantes:** b, c, d, f, g, h, j, k, l, m, n, p, q, r, s, t, v, w, x, z.

**Alfabeto:** a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q, r, s, t, u, v, w, x, y, z.

### Observações:

A letra “Y” possui o mesmo som que a letra “I”, portanto, ela é classificada como vogal.

A letra “K” possui o mesmo som que o “C” e o “QU” nas palavras, assim, é considerada consoante. Exemplo: Kuait / Kiwi.

Já a letra “W” pode ser considerada vogal ou consoante, dependendo da palavra em questão, veja os exemplos:

No nome próprio Wagner o “W” possui o som de “V”, logo, é classificado como consoante.

Já no vocábulo “web” o “W” possui o som de “U”, classificando-se, portanto, como vogal.

### Emprego da letra H

Esta letra, em início ou fim de palavras, não tem valor fonético; conservou-se apenas como símbolo, por força da etimologia e da tradição escrita. Grafa-se, por exemplo, **hoje**, porque esta palavra vem do latim *hodie*.

### Emprega-se o H:

- Inicial, quando etimológico: hábito, hélice, herói, hérnia, hesitar, haurir, etc.

- Medial, como integrante dos dígrafos ch, lh e nh: chave, boliche, telha, flecha, companhia, etc.

- Final e inicial, em certas interjeições: ah!, ih!, hem?, hum!, etc.

- Algumas palavras iniciadas com a letra H: hálito, harmonia, hangar, hábil, hemorragia, hemisfério, heliporto, hematoma, hífen, hilaridade, hipocondria, hipótese, hipocrisia, homenagear, hera, húmus;

- Sem h, porém, os derivados baianos, baianinha, baião, baianada, etc.

### Não se usa H:

- No início de alguns vocábulos em que o **h**, embora etimológico, foi eliminado por se tratar de palavras que entraram na língua por via popular, como é o caso de erva, inverno, e Espanha, respec-

tivamente do latim, herba, hibernus e Hispania. Os derivados eruditos, entretanto, grafam-se com **h**: herbívoro, herbicida, hispânico, hibernal, hibernar, etc.

### Emprego das letras E, I, O e U

Na língua falada, a distinção entre as vogais átonas /e/ e /i/, /o/ e /u/ nem sempre é nítida. É principalmente desse fato que nascem as dúvidas quando se escrevem palavras como quase, intitular, mágoa, bulir, etc., em que ocorrem aquelas vogais.

#### Escreve-se com a letra E:

- A sílaba final de formas dos verbos terminados em –uar: continue, habitue, pontue, etc.

- A sílaba final de formas dos verbos terminados em –oar: abençoe, magoe, perdoe, etc.

- As palavras formadas com o prefixo ante- (antes, anterior): antebrço, antecipar, antedatar, antediluviano, antevéspera, etc.

- Os seguintes vocábulos: Arrepiar, Cadeado, Candeeiro, Cemitério, Confete, Creolina, Cumeeira, Desperdício, Destilar, Disenteria, Empecilho, Encarnar, Indígena, Irrequieto, Lacrimogêneo, Mexerico, Mimeógrafo, Orquídea, Peru, Quase, Quepe, Senão, Sequer, Serema, Seringa, Umedecer.

#### Emprega-se a letra I:

- Na sílaba final de formas dos verbos terminados em –air/–oer /–uir: cai, corrói, diminuir, influi, possui, retribui, sai, etc.

- Em palavras formadas com o prefixo anti- (contra): antiaéreo, Anticristo, antitetânico, antiestético, etc.

- Nos seguintes vocábulos: aborígine, açoriano, artifício, artimanha, camoniano, Casimiro, chefiar, cimento, crânio, criar, criador, criação, crioulo, digladiar, displicente, erisipela, escárnio, feminino, Filipe, frontispício, Ifigênia, inclinar, incinerar, inigualável, invólucro, lajiano, lampião, pátio, penicilina, pontiagudo, privilégio, requisito, Sicília (ilha), silvícola, siri, terebintina, Tibiriçá, Virgílio.

**Grafam-se com a letra O:** abolir, banto, boate, bolacha, boletim, botequim, bússola, chover, cobiça, concorrência, costume, engolir, goela, mágoa, mocambo, moela, moleque, mosquito, névoa, nódoa, óbolo, ocorrência, rebotalho, Romênia, tribo.

**Grafam-se com a letra U:** bulir, burburinho, camundongo, chuscar, cumbuca, cúpula, curtume, cutucar, entupir, íngua, jabuti, jabuticaba, lóbulo, Manuel, mutuca, rebuliço, tábua, tabuada, tontruante, trégua, urtiga.

**Parônimos:** Registramos alguns parônimos que se diferenciam pela oposição das vogais /e/ e /i/, /o/ e /u/. Fixemos a grafia e o significado dos seguintes:

**área** = superfície

**ária** = melodia, cantiga

**arrear** = pôr arreios, enfeitar

**arriar** = abaixar, pôr no chão, cair

**comprido** = longo

**cumprido** = participio de cumprir

**comprimento** = extensão

**cumprimento** = saudação, ato de cumprir

**costear** = navegar ou passar junto à costa

**custear** = pagar as custas, financiar

**deferir** = conceder, atender

**diferir** = ser diferente, divergir

**delatar** = denunciar

**dilatar** = distender, aumentar

**descrição** = ato de descrever

**discrição** = qualidade de quem é discreto

**emergir** = vir à tona

**imergir** = mergulhar

**emigrar** = sair do país

**imigrar** = entrar num país estrangeiro

**emigrante** = que ou quem emigra

**imigrante** = que ou quem imigra

**eminente** = elevado, ilustre

**iminente** = que ameaça acontecer

**recrear** = divertir

**recriar** = criar novamente

**soar** = emitir som, ecoar, repercutir

**suar** = expelir suor pelos poros, transpirar

**sortir** = abastecer

**surtir** = produzir (efeito ou resultado)

**sortido** = abastecido, bem provido, variado

**surtido** = produzido, causado

**vadear** = atravessar (rio) por onde dá pé, passar a vau

**vadiar** = viver na vadiagem, vagabundear, levar vida de vadio

### Emprego das letras G e J

Para representar o fonema /j/ existem duas letras; g e j. Grafam-se este ou aquele signo não de modo arbitrário, mas de acordo com a origem da palavra. Exemplos: gesso (do grego gypsos), jeito (do latim jactu) e jipe (do inglês jeep).

#### Escrevem-se com G:

- Os substantivos terminados em –agem, –igem, –ugem: garagem, massagem, viagem, origem, vertigem, ferrugem, lanugem.

**Exceção:** pajem

- As palavras terminadas em –ágio, –égio, –ígio, –ógio, –úgio: contágio, estágio, egrégio, prodígio, relógio, refúgio.

- Palavras derivadas de outras que se grafam com g: massagista (de massagem), vertiginoso (de vertigem), ferruginoso (de ferrugem), engessar (de gesso), faringite (de faringe), selvageria (de selvagem), etc.

- Os seguintes vocábulos: algema, angico, apogeu, auge, estrangeiro, gengiva, gesto, gibi, gilete, ginete, gíria, giz, hegemonia, herege, megera, monge, rabugento, sugestão, tangerina, tigela.

#### Escrevem-se com J:

- Palavras derivadas de outras terminadas em –já: laranja (laranjera), loja (lojista, lojeca), granja (granjeiro, granjense), gorja (gorjeta, gorjeio), lisonja (lisonjear, lisonjeiro), sarja (sarjeta), cereja (cerejeira).

- Todas as formas da conjugação dos verbos terminados em –jar ou –jear: arranjar (arranje), despejar (despejei), gorjear (gorjeia), viajar (viajei, viagem) – (viagem é substantivo).

- Vocábulos cognatos ou derivados de outros que têm j: laje (lajedo), nojo (nojento), jeito (jeitoso, enjeitar, projeção, rejeitar, sujeito, trajeto, trejeito).

- Palavras de origem ameríndia (principalmente tupi-guarani) ou africana: canjerê, canjica, jenipapo, jequitibá, jerimum, jiboia, jiló, jirau, pajé, etc.

Parágrafo único. Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Parágrafo único. Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

§ 3º O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

§ 4º É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

§ 5º A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 53 Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 56 Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

Art. 57 Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Art. 58 Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 60 Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

### CAPÍTULO III DAS PROIBIÇÕES

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

Art. 65 Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 66 Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

Art. 67 Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 70 Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

Art. 72 Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

Art. 74 Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

Art. 75 Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

Art. 76 Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

Art. 77 Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

Art. 82 Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

Art. 83 Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

Art. 84 Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

Art. 85 Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

Art. 86 Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

Parágrafo único. Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

Art. 89 Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

Art. 90 Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ou Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 91 Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

Parágrafo único. Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

Art. 92 Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

Parágrafo único. O dispositivo no caput não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

Art. 93 Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

Art. 94 Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Art. 95 Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

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

Art. 97 Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

Art. 98 Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

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.

**Cuidados de enfermagem no pósoperatório imediato (POI)**

Este período é considerado crítico, considerando-se que o cliente estará, inicialmente, sob efeito da anestesia geral, raqui-anestesia, peridural ou local. Nessa circunstância, apresenta-se bastante vulnerável às complicações. Assim, é fundamental que a equipe de enfermagem atue de forma a restabelecer-lhe as funções vitais, aliviar-lhe a dor e os desconfortos pós-operatório (náuseas, vômitos e distensão abdominal), manter-lhe a integridade da pele e prevenir a ocorrência de infecções.

**Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para pacientes com alterações clínicas e cirúrgicas.**

A assistência de enfermagem é uma das principais ações no cuidado da saúde do paciente. Assim, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) normatizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (CFE), a Resolução n. 358/2009, preconiza que deve ser implantada no setor público e privada (BRASÍLIA, 2009, p. 317).

Existem atualmente diferentes maneiras de sistematizar a assistência de enfermagem, entre elas pode-se mencionar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem. Visto que a SAE direciona a atuação do enfermeiro no exercício de suas atividades profissionais e facilita o desenvolvimento da assistência ao paciente. Neste contexto, a implantação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem deve ter como premissa um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado (VASCONCELOS, BORGES, BOHRER, et al. 2017).

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta foi à primeira teórica a apresentar estudos sobre o tema. Ela propôs a sistematização das ações de Enfermagem, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem, o que contribuiu para o registro e documentação de ocorrências e procedimentos realizados por integrantes da equipe de Enfermagem, para a análise e organização do cuidado prestado e, para o reconhecimento social da profissão (BOTELHO, VELOSO, FAVERO, 2013).

A SAE trata-se de um valioso instrumento para assistência do paciente de forma integralizada, contínua, segura e humanizada pela enfermagem, sendo composta por cinco fases: visita pré-operatória de enfermagem, planejamento, implementação, avaliação e reformulação da assistência a ser planejada (RIBEIRO, FERRAZ, DURAN, 2017).

Nessa linha de pensamento, a SAE atua no sentido de conduzir e organizar o trabalho da equipe de enfermagem conforme os recursos humanos, instrumentos e método, facilitando o trabalho do enfermeiro. Ainda, tem sua definição no planejamento e ordenação da execução das atividades com enfoque coletivo e individual e de caráter privativo do enfermeiro (PENEDO, SPIRI, 2014).

Neste sentido, o Processo de Enfermagem se constitui em ação revestida de significados, possível de ser utilizada pelos enfermeiros enquanto metodologia para prestação de cuidados; entretanto, apresenta desafios para sua implementação. A enfermagem se utiliza da sistematização da assistência de enfermagem como um modelo de processo de trabalho que possibilita sistematizar a assistência e direcionar o cuidado, contribuindo para a segurança do usuário e dos profissionais no sistema de saúde especialmente em Centro Cirúrgico (PENEDO, SPIRI, 2014).

No hospital, o Centro Cirúrgico (CC) é o local onde acontece grande parte dos eventos adversos à saúde dos pacientes. Sua causa é multifatorial e atribuída à complexidade dos procedimentos, à

interação das equipes interdisciplinares e ao trabalho sob pressão, pois, apesar de as intervenções cirúrgicas integrarem a assistência à saúde, contribuindo para a prevenção de agravos à integridade física e à perda de vidas, estão associadas, consideravelmente, aos riscos de complicações (HENRIQUES, COSTA, LACERDA, 2016).

Assim, a participação do enfermeiro no Centro Cirúrgico tem merecido atenção por envolver especificidades e articulações indispensáveis à gerência do cuidado a pacientes com necessidades complexas, que requerem conhecimento científico, manejo tecnológico e humanização extensiva a familiares, pelo impacto que o risco cirúrgico propicia (HENRIQUES, COSTA, LACERDA, 2016).

O estudo Henrique, Costa e Lacerda (2016) demonstrou que ainda há muito a percorrer nos caminhos da segurança efetiva para o paciente no período perioperatório, uma vez que encontraram muitos entraves que, de certa forma, desfavorecem a segurança do paciente. Assim, as reflexões sobre a segurança do paciente e os processos do Centro Cirúrgico precisam ser aprofundadas, necessitando-se de novos estudos acerca do tema para novas discussões e busca de melhores práticas.

Estudos recentes de revisão integrativa revelam que, com base nas diversas necessidades específicas das funções do profissional, na assistência ao paciente cirúrgico é importante melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. É preciso lembrar que a evolução cirúrgica e novas descobertas de tecnologias auxiliam significativamente a enfermagem avançar na assistência no Centro Cirúrgico (ADAMY; TOSATTI, 2012, p.301).

**Importância da implantação da SAE para a organização do centro cirúrgico**

Neste sentido os estudos de Adami, Tosati (2012) tiveram o objetivo de avaliar implantação da (SAE) no período perioperatório de um Hospital do Oeste de Santa Catarina, sob a visão da equipe de enfermagem os autores constataram que, a instituição deve viabilizar estratégias que culminam para uma SAE efetiva e com resultados mais satisfatórios tendo em vista que ela oferece Segurança/paciente; registros de enfermagem mais precisos; organização das atividades de enfermagem.

Segundo Santos e Rennó (2013), a SAE surgiu no centro cirúrgico com o objetivo de capacitar funcionários para atender as necessidades da equipe médica, como no preparo da sala de cirurgia, dos materiais e equipamentos hospitalares necessários durante o procedimento. A preocupação com a qualidade prestada ao paciente é um marco no mercado competitivo, pois cada vez mais busca-se assistências eficientes prestada ao indivíduo, satisfação da clientela e a redução dos custos hospitalares.

A SAE constitui nos dias atuais um importante instrumento inerente ao processo de trabalho do enfermeiro, que possibilita a ampliação de ações que modificam o processo de vida e de saúde-doença dos pacientes. Deste modo, a sistematização permite a obtenção de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável, como a organização do serviço, especialmente no centro cirúrgico (MELO, NUNES, VIANA, 2014).

Assim, sua implantação, proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem, oportuniza avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde ((SILVA, GARANHANI, PERES, 2015)



A implantação da SAE com base em um conhecimento específico e de uma reflexão crítica acerca da organização do trabalho de enfermagem juntamente com a coleta de dados, tem-se um instrumento de fundamental importância para que o profissional possa gerenciar a assistência de enfermagem de forma organizada, segura, dinâmica e competente (SILVA, GARANHANI, PERES, 2015).

**ASSISTÊNCIA NA EMERGÊNCIA/URGÊNCIA E NO TRAUMA.**

Alguns conceitos são importantes para compreensão do assunto:

– Primeiros Socorros são as avaliações e intervenções iniciais para uma doença ou lesão aguda, que podem ser iniciadas por qualquer pessoa, inclusive ela própria. Seu objetivo é preservar a vida, aliviar o sofrimento, prevenir progressão de novas patologias e promover a recuperação.

– Socorrismo é definido como sendo a utilização de um conjunto de técnicas e saberes em benefício do indivíduo e da comunidade.

**Finalidade dos Primeiros Socorros**

- Preservar a vida.
- Restringir os efeitos da lesão.
- Promover a recuperação da vítima.

**Diferença entre urgência e emergência**

*Urgência:* é necessário ser feito com rapidez. O agravo à saúde não apresenta risco de vida evidente. O atendimento pode aguardar até 24 horas.

*Emergência:* é inesperada e requer ação rápida. O atendimento precisa ser imediato.

**— Aspectos legais do socorrismo**

**OMISSÃO DE SOCORRO (ART. 135º DO CÓDIGO PENAL.)**

Todo cidadão é obrigado a prestar auxílio a quem esteja necessitando, tendo três formas para fazê-lo: atender, auxiliar quem esteja atendendo ou solicitar auxílio.

Exceções da lei (em relação a atender e/ou auxiliar): menores de 16 anos, maiores de 65, gestantes a partir do terceiro mês, deficientes visuais, mentais e físicos (incapacitados).

**Art. 135 -** Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparado ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública.

*Pena: Detenção de 01 (um) a 6 (seis) meses ou multa.*

**Parágrafo único:** A pena é aumentada de metade, se a omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta em morte.

Em resumo: O artigo 135 do Código Penal Brasileiro é bem claro, onde ele afirma que deixar de prestar socorro à vítima de acidentes ou pessoas em perigo eminente, podendo fazê-lo é crime.

**— Etapas básicas do socorrismo**

**1 - Avaliação do Local do Acidente**

Esta é a primeira etapa básica na prestação de primeiros socorros. Ao chegar no local de um acidente, ou onde se encontra um acidentado, deve-se assumir o controle da situação e proceder a uma rápida e segura avaliação da ocorrência.

**2 - Proteção do Acidentado**

– Analise o ambiente em que se encontra a vítima, a fim de minimizar os riscos tanto para o acidentado como para o socorrista (fios elétricos, animais, tráfego, entre outros);

– Caso necessite parar ou desviar o trânsito, procure pessoas capazes de fazê-lo;

– Se necessário, remova a vítima para um local adequado;

– Atue sempre com o intuito de acalmar a pessoa, e sem movimentá-la com gestos bruscos;

– Converse com a vítima, pois, se ela responder, significa que não existe problema respiratório grave. Caso ela não consiga se comunicar adequadamente, verifique se está respirando. Em caso negativo, você deve agir rápido: proteja a sua mão, abra a boca da vítima e verifique se há algo atrapalhando a respiração, como prótese dentária ou vômito; remova imediatamente. Se necessário, faça a respiração boca-a-boca e a reanimação cardiopulmonar (RCP);

– Se a vítima estiver vomitando, coloque-a na posição lateral de segurança (com a cabeça voltada para o lado, a fim de evitar engasgos).

**Dez mandamentos do socorrista**

1. Manter a calma.
2. Ter em mente a seguinte ordem quando prestar socorro: eu (o socorrista) — minha equipe vítima.
3. Checar se há riscos no local de socorro.
4. Conservar o bom senso.
5. Manter o espírito de liderança.
6. Distribuir tarefas.
7. Evitar atitudes impensadas.
8. Havendo muitas vítimas, dar preferência àquelas com maior risco de vida (sofrendo de parada cardiorrespiratória ou sangramento excessivo, por exemplo).
9. Agir como socorrista, não como herói.
10. Pedir auxílio, especialmente do Corpo de Bombeiros local.

**Compreenda a situação**

– Mantenha a calma;

– Procure o auxílio de outras pessoas, caso seja necessário, e peça que chamem um médico;

– Ligue para emergência em sua cidade;

– Mantenha os curiosos à distância, pois assim o socorrista terá espaço suficiente para trabalhar;

– Faça o exame primário para a avaliação completa do estado da vítima. Mas atenção: o exame secundário, que visa descobrir quais foram as lesões sofridas, só pode ser feito se a vítima se encontrar em condições estáveis.

**— Sinais vitais**

São os sinais das funções orgânicas básicas, sinais clínicos de vida que refletem o equilíbrio ou o desequilíbrio resultante das interações entre os sistemas do organismo e uma determinada doença.

Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, a PNH propõe uma atuação que leve à “ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade”. Com isso, já deixa vislumbrar a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde, desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários.

No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos.

Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao considerar que humanização implica produzir sujeitos no processo de trabalho, a PNH está alicerçada em quatro eixos estruturantes e intercessores: atenção, gestão, formação e comunicação, estes eixos concebidos no referencial teórico-político do Humaniza SUS, apontam para marcas e objetivos centrais que deverão permear a atenção e a gestão em saúde.

Como exemplos dessas marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar: a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros.

Como uma estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, a humanização almeja o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores; seus indicadores devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos, mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários (SANTOS, 2007)

No eixo da gestão buscam-se ações para articular a PNH com áreas do Ministério da Saúde (MS) e com demais esferas do SUS. Neste eixo destaca-se o apoio institucional, focado na gestão do processo de produção de saúde, base estruturante da PNH. Para Campos (2003), apoiar é:

Articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia, sustenta e empurra o outro sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo. (CAMPOS, 2003, p.87)

Quanto à atenção propõe uma Política de Atenção à Saúde “incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais, inovando nos processos de trabalho que buscam o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos” (BRASIL, 2006a, p.22).

A PNH investe em alguns parâmetros para orientar a implantação de algumas ações de humanização; oferta dispositivos/modos de fazer um “SUS que dá certo”, com apoio às equipes que atuam na atenção básica, especializada, hospitalar, de urgência e emergência e alta complexidade.

No eixo da formação, propõe que a PNH passe a compor o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se aos processos de educação permanente e às instituições formadoras de trabalhadores de saúde.

No eixo da informação/comunicação, prioriza incluir a PNH na agenda de debates da saúde, além da articulação de atividades de caráter educativo e formativo com as de caráter informativo, de divulgação e sensibilização para os conceitos e temas da humanização.

Coordenação Nacional – Tem a função de promover a articulação técnico-política da Secretaria Executiva/MS, objetivando a transversalização da PNH nas demais políticas e programas do MS; representar o MS na difusão e sensibilização da PNH nas várias instâncias do SUS, Conselho Nacional de Secretarias Estaduais (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS), CNS, Instituições Formadoras de Saúde e Congresso Nacional; coordenar a construção das ações e o processo de implementação nas diversas instâncias do SUS (MORI, 2009).

Consultores - Tem a função de realizar apoio institucional compreendido em: Divulgação e sensibilização para implantação da PNH no SUS, realizando reuniões com Gestores Estaduais, das macrorregiões e dos Municípios; Superintendentes/Diretores de Hospitais (Federais, Estaduais e Municipais), Conselhos de Saúde, Movimentos Sociais e Instituições Formadoras, abertas à participação dos trabalhadores e usuários do Sistema; Divulgação, sensibilização, formação e capacitação de trabalhadores, extensivas a gestores e usuários do SUS, para implementação das diretrizes e dos dispositivos da PNH, com base no Plano de Ação; Participação em Eventos do MS, da PNH ou outros públicos; Produção de Conhecimento: elaboração teórico-metodológica na/da PNH; Construir interfaces com outras áreas técnicas do MS; Participar de reuniões pautando a divulgação da Política (MORI, 2009).

Núcleo Técnico - Tem a função de apoiar a implementação da PNH desenvolvendo ações técnico-político-administrativas intraministerial e interministeriais; articular a sociedade civil e assessorar a coordenação nacional e consultores.

Concomitante à reconstrução dos pilares teórico-políticos e abertura de várias frentes de trabalho, a PNH reconhece a necessidade de que todos incorporem “olhar avaliativo” nos processos de trabalho em desenvolvimento e, portanto, acorda-se o desafio de que a avaliação se constitua como um dispositivo da Política (MORI, 2009).

Além da clínica ampliada e implantação da PNH, o Programa de Saúde da Família (PSF), no contexto da política de saúde brasileira, também vem contribuindo para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

Para entendermos o alcance e os limites desta proposta, é essencial entendermos o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. Segundo Paim (2003, p.568), o modelo de atenção ou modo assistencial:

... é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação.

Esta concepção de modelo assistencial fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de saúde da família implementadas até então não garante a construção de um novo modelo assistencial.

A expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas prioritariamente, em comunidades antes restritas, quanto ao acesso aos serviços de saúde.

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população assistida.

Cordeiro (1996) avalia que o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios do PSF não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que o PSF corresponderia a uma medicina simplificada destinada para os pobres; antes disso, tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Admite-se, nesta perspectiva, que o PSF “requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997, p.9).

Pensar no PSF como estratégia de reorganização do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF.

Ayres (1996) observa que o reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, dentre as quais se encontram a estratégia do PSF.

Os objetivos do programa, entre outros, são: a humanização das práticas em saúde por meio do estabelecimento de vínculo entre os profissionais e a população, a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde, desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito, estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997).

Nota-se a partir destes objetivos, a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade.

Quanto à reorientação das práticas de saúde, o PSF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, o que significa que a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos e dimensões do processo saúde-doença (MENDES, 1996).

**Fonte:** <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/politica-nacional-de-humanizacao/43954>

#### **Acessibilidade**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é alicerçado em princípios fundamentais para que o direito à saúde aconteça como direito de cidadania e dever do Estado. Há quase uma década, nas discussões sobre organização e gestão da política de saúde, é imprescindível acrescentar às premissas básicas do SUS – universalidade, integralidade, equidade e garantia de acesso -, a acessibilidade.

A acessibilidade deve ser explicitada como exigência e compromisso do SUS a ser respeitado pelos gestores de saúde nas três esferas de gestão. Isso é fundamental para que pessoas com deficiência não passem por constrangimentos, como ao serem atendidas nos corredores por não puderem adentrar os consultórios em suas cadeiras de rodas.

Mas acessibilidade é mais que a superação de barreiras arquitetônicas. É uma mudança de percepção que exige de nós, Estado e sociedade, um novo olhar sobre as barreiras atitudinais, estas sim, de maior complexidade e mais difícil superação.

#### **Humanização do cuidado**

No campo das políticas públicas de saúde ‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.

A ‘humanização’ em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos (Campos, 2000) de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão). Este voltar-se para as experiências concretas se dá por considerar o humano em sua capacidade criadora e singular inseparável, entretanto, dos movimentos coletivos que o constituem.

Orientada pelos princípios da transversalidade e da indissociabilidade entre atenção e gestão, a ‘humanização’ se expressa a partir de 2003 como Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil/Ministério da Saúde, 2004). Como tal, compromete-se com a

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

13. (Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOCP- Enfermeiro-2018) Programa Nacional de Imunizações (PNI) organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira e tem como missão

- (A) vacinar todas as crianças de todo território Nacional até 2020.
- (B) o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis.
- (C) vacinar crianças e adultos vulneráveis.
- (D) o controle de doenças imunossupressoras.
- (E) vacinar crianças e idosos combatendo as doenças de risco controlável.

14. (Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOCP- Enfermeiro-2018) Segundo o Programa Nacional de Imunizações, na sala de vacinação, é importante que todos os procedimentos desenvolvidos promovam a máxima segurança. Com relação a esse local, é correto afirmar que

- (A) deve ser destinado à administração dos imunobiológicos e demais medicações intramusculares.
- (B) é importante que todos os procedimentos desenvolvidos promovam a segurança, propiciando o risco de contaminação.
- (C) a sala deve ter área mínima de 3 metros quadrados, para o adequado fluxo de movimentação em condições ideais para a realização das atividades.
- (D) a sala de vacinação é classificada como área semicrítica.
- (E) deve ter piso e paredes lisos, com frestas e laváveis

15. (Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOCP- Enfermeiro-2018) São vias de administração de imunobiológicos, EXCETO a via

- (A) oral.
- (B) subcutânea.
- (C) intraóssea.
- (D) endovenosa.
- (E) intramuscular Parte inferior do formulário

16. Câmara Legislativa do Distrito Federal- Técnico em Enfermagem- FCC-2018) Ao orientar um paciente adulto sobre os cuidados com a dieta a ser administrada pela sonda nasointestinal no domicílio, o profissional de saúde deve orientar que

- (A) antes de administrar a dieta, deverá aquecê-la em banho-maria ou em micro-ondas.
- (B) após o preparo da dieta caseira, deverá guardá-la na geladeira e, 40 minutos antes do horário estabelecido para a administração, retirar somente a quantidade que for utilizar.
- (C) no caso de ter pulado um horário de administração da dieta, o volume do próximo horário deve ser aumentado em, pelo menos, 50%.
- (D) a dieta enteral industrializada deve ser guardada fora da geladeira e, após aberta, tem validade de 72 horas.

17. (Câmara Legislativa do Distrito Federal- Técnico em Enfermagem- FCC-2018) Dentre as medidas de controle de infecção de corrente sanguínea relacionadas a cateteres intravasculares encontra-se

- (A) o uso de cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes.
- (B) a higienização das mãos com preparação alcoólica (70 a 90%), quando as mesmas estiverem visivelmente sujas.
- (C) o uso de novo cateter periférico a cada tentativa de punção no mesmo paciente.

(D) a utilização de agulha de aço acoplada ou não a um coletor, para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose contínua.

(E) o uso de luvas de procedimentos para tocar o sítio de inserção do cateter intravascular após a aplicação do antisséptico.

18. (Câmara Legislativa do Distrito Federal- Técnico em Enfermagem- FCC-2018) A equipe de saúde, ao realizar o acolhimento com escuta qualificada a uma mulher apresentando queixas de perda urinária, deve atentar-se para, dentre outros sinais de alerta:

- (A) amenorreia.
- (B) dismenorreia.
- (C) mastalgia.
- (D) prolapso uterino sintomático.
- (E) ataxia.

19. (Prefeitura de Macapá- Técnico de Enfermagem- FCC- 2018) As técnicas de higienização das mãos, para profissionais que atuam em serviços de saúde, podem variar dependendo do objetivo ao qual se destinam. Na técnica de higienização simples das mãos, recomenda-se

- (A) limpar sob as unhas de uma das mãos, friccionando o local com auxílio das unhas da mão oposta, evitando-se limpá-las com as cerdas da escova.
- (B) respeitar o tempo de duração do procedimento que varia de 20 a 35 segundos.
- (C) executar o procedimento com antisséptico degermante durante 30 segundos.
- (D) utilizar papel toalha para secar as mãos, após a fricção antisséptica das mãos com preparações alcoólicas.
- (E) higienizar também os punhos utilizando movimento circular, ao esfregá-los com a palma da mão oposta.

20. (Prefeitura de Macapá- Técnico de Enfermagem- FCC- 2018) Processo físico ou químico que destrói microrganismos patogênicos na forma vegetativa, micobactérias, a maioria dos vírus e dos fungos, de objetos inanimados e superfícies. Essa é a definição de

- (A) desinfecção pós limpeza de alto nível.
- (B) desinfecção de alto nível.
- (C) esterilização de baixo nível.
- (D) barreira técnica.
- (E) desinfecção de nível intermediário.

21. (Prefeitura de Macapá- Técnico em enfermagem- FCC- 2018) Foi prescrito pelo médico uma solução glicosada a 10%. Na solução glicosada, disponível na instituição, a concentração é de 5%. Ao iniciar o cálculo para a transformação do soro, o técnico de enfermagem deve saber que, em 500 mL de Soro Glicosado a 5%, o total de glicose, em gramas, é de

- (A) 5.
- (B) 2,5.
- (C) 50.
- (D) 25.
- (E) 500

22. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018) Com relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerando as atribuições de cada categoria profissional de enfermagem, compete ao técnico de enfermagem, realizar

- (A) a prescrição de enfermagem, na ausência do enfermeiro.
- (B) o exame físico.
- (C) a anotação de enfermagem.
- (D) a consulta de enfermagem.
- (E) a evolução de enfermagem dos pacientes de menor complexidade.

23. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018) O profissional de enfermagem, para executar corretamente a técnica de administração de medicamento por via intradérmica, deve, dentre outros cuidados, estar atento ao volume a ser injetado. O volume máximo indicado a ser introduzido por esta via é, em mL, de

- (A) 1,0.
- (B) 5,0.
- (C) 0,1.
- (D) 1,5.
- (E) 0,5.

24. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018) -Na pessoa idosa com depressão, um dos sintomas/sinais indicativo do chamado suicídio passivo é

- (A) o distúrbio cognitivo intermitente.
- (B) a recusa alimentar.
- (C) o aparecimento de discinesia tardia.
- (D) a adesão a tratamentos alternativos.
- (E) a súbita hiperatividade.

25. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018) Após o término de um pequeno procedimento cirúrgico, o técnico de enfermagem recolhe os materiais utilizados e separa aqueles que podem ser reprocessados daqueles que devem ser descartados, observando os princípios de biossegurança. A fim de destinar corretamente cada um dos referidos materiais, o técnico de enfermagem deve considerar como materiais a serem reprocessados aqueles destinados à

- (A) diérese, como tesoura de aço inox; e descarta na caixa de perfurocortante, materiais como agulhas com fio de sutura.
- (B) hemostasia, como pinça de campo tipo Backaus; e descarta no saco de lixo branco, materiais com sangue, como compressas de gaze.
- (C) diérese como porta-agulhas; e descarta no lixo comum parte dos fios cirúrgicos absorvíveis utilizados, como o catêgute simples.
- (D) síntese, como lâminas de bisturi; e descarta as agulhas na caixa de perfurocortante, após terem sido devidamente desconnectadas das seringas.
- (E) diérese, como cânula de uso único; e descarta no saco de lixo branco luvas de látex utilizadas.

26. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018) Na desinfecção da superfície de uma mesa de aço inox, onde será colocado uma bandeja com um pacote de curativo estéril, o técnico de enfermagem, de acordo com as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pode optar pela utilização dos seguintes produtos:

- (A) álcool a 70% aplicado sem fricção, por ser esporicida, desde que aguardado o tempo de evaporação recomendado, porém tem a desvantagem de ser inflamável.
- (B) ácido peracético a 0,2% por não ser corrosivo para metais, tendo como desvantagem não ser efetivo na presença de matéria orgânica.
- (C) hipoclorito de sódio a 1,0% por ser de amplo espectro, ter baixo custo e ação lenta, apresentando a desvantagem de não ter efeito tuberculocida.
- (D) álcool a 70% por ser, dentre outros, fungicida e tuberculocida, porém apresenta a desvantagem de não ser esporicida, além de ser poluente ambiental.
- (E) hipoclorito de sódio a 0,02% por não ser corrosivo para metais nesta concentração, ser fungicida de primeira escolha, tendo a desvantagem da instabilidade do produto na presença de luz solar.

27. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018) No pós-operatório imediato de uma colaboradora que foi submetida a uma intervenção de colecistectomia, e já se encontra com respiração espontânea e sem sonda vesical, a assistência prestada pelo técnico de enfermagem inclui verificar e comunicar ao enfermeiro sinais e sintomas associados a seguinte alteração:

- (A) complicações do sistema digestório: náuseas e vômitos decorrente da administração de antieméticos.
- (B) hipertermia: coloração da pele, sudorese, elevação da temperatura, bradipneia e bradicardia.
- (C) retenção urinária: dificuldade do paciente para urinar, abaulamento em região suprapúbica e diurese profusa.
- (D) complicações respiratórias: acúmulo de secreções, ocasionado pela maior expansibilidade pulmonar devido à dor, exacerbação da tosse e eliminação de secreções.
- (E) hipotermia: confusão, apatia, coordenação prejudicada, mudança na coloração da pele e tremores.

28. (TRT Região São Paulo- Técnico em enfermagem- FCC-2018) Um adulto de porte médio apresenta uma parada cardiorrespiratória (PCR) durante o período de trabalho em um Tribunal, onde recebe o suporte básico de vida (SBV), conforme as recomendações da *American Heart Association* (AHA), 2015. Nessa situação, ao proceder à ressuscitação cardiopulmonar (RCP) manual, recomenda-se aplicar compressões torácicas até uma profundidade de

- (A) 4,5 cm, no máximo, sendo esse limite de profundidade da compressão necessário, devido à recomendação de que se deve comprimir com força para que a mesma seja eficaz.
- (B) 5 cm, no mínimo, atentando para evitar apoiar-se sobre o tórax da vítima entre as compressões, a fim de permitir o retorno total da parede do tórax a cada compressão.
- (C) 6,5 cm, no mínimo, a fim de estabelecer um fluxo sanguíneo adequado, sem provocar aumento da pressão intratorácica.
- (D) 4 cm, no mínimo, objetivando que haja fluxo sanguíneo suficiente para fornecer oxigênio para o coração e cérebro.
- (E) 5 cm, ou menos, porque uma profundidade maior lesa a estrutura torácica e cardíaca.