



# SMS PALMAS - TO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PALMAS - TO

Técnico em Saúde  
- Técnico em Enfermagem

**EDITAL N° 03/2024 DE 12 DE JANEIRO DE 2024**

CÓD: SL-005MR-24  
7908433250395

## Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos .....	7
2. Tipologia textual .....	9
3. Ortografia oficial .....	11
4. Acentuação gráfica.....	12
5. Emprego das classes de palavras .....	13
6. Emprego do sinal indicativo de crase.....	22
7. Sintaxe da oração e do período .....	23
8. Pontuação .....	25
9. Concordância nominal e verbal .....	27
10. Regência nominal e verbal.....	29
11. Significação das palavras.....	31
12. Redação de correspondências oficiais .....	32

## Legislação do Sistema Único de Saúde

1. SUS: conceitos, fundamentação legal, financiamento, princípios, diretrizes e articulação com serviços de saúde .....	51
2. Organização do Sistema Único de Saúde – SUS: comissões intergestores, Conselhos Nacionais e suas respectivas composições.....	51
3. Controle Social: organização social e comunitária. Sistema Único de Saúde e Política Social .....	52
4. Constituição Federal de 1988 (Arts. 196 ao 200).....	54
5. Lei Orgânica de Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências .....	55
6. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências .....	66
7. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa ..	68
8. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) .....	72

## História e Geografia do Tocantins

1. Povoamento e expansão através da exploração do ouro, da navegação, das atividades de mineração e da agropecuária.....	99
2. O processo de criação do Estado e suas diferentes fases (períodos Colonial, Imperial e Republicano).....	103
3. A construção da Rodovia Federal BR-153 e seus impactos na economia e sociedade tocantinenses .....	105
4. Organização política e territorial, divisão política, regiões administrativas, regionalização do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) .....	105
5. Hierarquia urbana, símbolos, estrutura dos poderes; patrimônio histórico e cultural, manifestações culturais; movimentos políticos; estudo da população e sua dinâmica populacional, migração, estrutura etária; indígenas e quilombolas; vegetação, clima, hidrografia e relevo; matriz produtiva, matriz energética e matriz de transporte; unidades de conservação.....	107
6. História e Geografia de Palmas: localização geográfica e divisão política, vegetação, hidrografia e clima, meio ambiente e população; urbanização e sociedade. Poderes: judiciário, legislativo e executivo. Símbolos: brasão, bandeira e hino; patrimônio histórico .....	118

## Legislação Pertinente ao Município de Palmas/TO

1. Lei Orgânica do Município de Palmas, Disposições Preliminares: Do Município, Da Competência, Das Vedações; Da Organização dos Poderes: Do Processo Legislativo: Disposições Gerais, Das Emendas à Lei Orgânica, Das Leis, Da Fiscalização Contábil, Financeira, Orçamentária, Operacional e Patrimonial; Do Poder Executivo: Das Atribuições do Prefeito, Das Atribuições dos Secretários Municipais, Procuradoria Geral do Município; Da Organização do Governo Municipal: Da Administração Municipal, Do Registro dos Atos Administrativos, Dos Bens Municipais .....	125
2. Lei Complementar nº 008/99, de 16 de novembro de 1999 (Estatuto dos Servidores Públicos da Administração Direta e Indireta dos Poderes do Município de Palmas).....	135

## Conhecimentos Específicos Técnico em Saúde - Técnico em Enfermagem

1. Fundamentos de enfermagem: anatomia, fisiologia, semiologia; procedimentos e técnicas .....	167
2. Assistência de enfermagem em Centro-Cirúrgico e atuação em Central de Material: montagem da sala cirúrgica; controle de material; conceitos e técnicas de desinfecção e esterilização; paramentação e assepsia cirúrgica .....	231
3. Assistência de enfermagem em Clínica Médico-Cirúrgica e em Unidade de Terapia Intensiva, considerando a fisiopatologia, sinais e sintomas, diagnóstico e assistência de enfermagem .....	255
4. Assistência de enfermagem na urgência e emergência: suporte básico de vida, métodos e técnicas de atendimento pré-hospitalar.....	283
5. Assistência de Enfermagem em Saúde Mental.....	296
6. Enfermagem materno infantil. Assistência de enfermagem ao pré-natal, puerpério e aleitamento materno.....	309
7. Programa nacional de imunização .....	325
8. Programas de atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso .....	338
9. Processo de enfermagem no trabalho em equipe: atuação do técnico de enfermagem na coleta de dados, diagnóstico da situação de saúde, planejamento, implementação e anotações de enfermagem.....	346
10. Enfermagem em saúde pública Noções de epidemiologia, prevenção e controle de infecções em serviços de saúde e na comunidade: doenças transmissíveis, doenças de notificação compulsória, doenças preveníveis por vacinas, orientações aos pacientes e familiares nos casos de doenças contagiosas .....	347
11. Atendimento à pessoa com hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, doença renal crônica, hanseníase, tuberculose, dengue e doenças sexualmente transmissíveis .....	350
12. Calendário básico de imunização e noções da Política Nacional de Humanização. Rede de frios, conservação e manipulação das vacinas.....	356
13. Medidas gerais de precauções universais (biossegurança); Limpeza e desinfecção de superfícies e artigos. Lavagem das mãos e utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs); Manuseio e separação dos resíduos dos serviços de saúde.....	356
14. Farmacologia aplicada à enfermagem: princípios básicos de farmacologia; cálculos, diluições e interações medicamentosas .....	362
15. Noções básicas de enfermagem aplicadas à realização de exames e à coleta de materiais.....	372
16. Noções de nutrição e dietética .....	383
17. Códigos e símbolos específicos de Saúde e Segurança no Trabalho .....	388
18. Noções acerca do Comitê de Controle de Infecção Hospitalar .....	392
19. Lei Orgânica da Saúde - Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990.....	402
20. Sistema de informação em Saúde.....	402

Segundo HENDRICK (1992), a ergonomia possui quatro componentes identificáveis:

- **Tecnologia de interface homem-máquina ou ergonomia de Hardware** - é aplicada no projeto de controles, displays e arranjo das estações de trabalho para otimizar a performance do sistema e diminuir as probabilidades de erros humanos;

- **Tecnologia da interface homem-ambiente ou ergonomia ambiental** - que consiste no estudo das capacidades e limitações humanas em relação às demandas impostas pelas variações do ambiente. É utilizada a fim de minimizar o estresse ambiental para a performance humana e também para proporcionar maior conforto e segurança, além do aumento da produtividade;

- **Tecnologia de interface usuário-sistema ou ergonomia de software** - estuda como as pessoas conceitualizam e processam as informações. É frequentemente chamada de ergonomia cognitiva. A maior aplicação desta tecnologia é no projeto ou modificação de sistemas para aumento da usabilidade;

- **Tecnologia da interface homem-organização-máquina ou macro ergonomia** - o foco central das três tecnologias da ergonomia é o operador individual, no time de operadores ou em níveis de subsistemas. A macro ergonomia tem seu foco na estrutura do sistema de trabalho como um todo, ou seja, em suas interfaces com os avanços tecnológicos, com o sistema organizacional e com a interface homem-máquina.

Quando falamos em ergonomia temos que levar em consideração alguns pontos, como:

- Produtividade da empresa;
- Qualidade do produto;
- Condições de trabalho;
- Qualidade de vida dos trabalhadores.

Alguns objetivos devem sempre ser levados em consideração, tais como:

- Melhoria das condições ambientais;
- Prevenção de acidentes de trabalho;
- Prevenção de lesões por esforço repetitivo.

Outra consideração que devemos ter, quando se trata de ergonomia, é a sua tríade básica de sustentação, composta por:

- Eficiência;
- Segurança;
- Conforto.

Através desta tríade podemos observar que a eficiência de uma intervenção ergonômica é muito importante, tanto para justificar o trabalho do ergonomista como para melhoria das condições da empresa (financeira, econômica, social ou profissional). Além da própria melhoria da eficiência dos trabalhadores.

A segurança é de extrema importância, tanto para os trabalhadores como para os empregados. A diminuição dos riscos indica uma maior preocupação com os funcionários. O conforto nos mostra que o indivíduo, quando em situações satisfatórias, produz e trabalha mais e com melhor humor.

### Tipos Principais

**Ergonomia de Correção:** atua de maneira restrita, modificando os elementos parciais do posto de trabalho, como: Dimensões, Iluminação, Ruído, Temperatura, etc.

**Ergonomia de Concepção:** interfere amplamente no projeto do posto de trabalho, do instrumento, da máquina ou do sistema de produção, organização do trabalho e formação de pessoal.

**Ergonomia de Conscientização:** ensina o trabalhador a usufruir os benefícios de seu posto de trabalho:

- Boa postura, uso adequado de mobiliários e equipamentos.
- Implantação de pausas, ginástica laboral (antes, durante e depois da atividade).
- Como conscientizar as pessoas da limitação de seu corpo.
- Como treinar as pessoas a serem mais eficientes com seu corpo.

**Ergonomia Participativa:** estimulada pela presença de um Comitê Interno de Ergonomia (CIE): CIE - comissão que engloba representantes da empresa e dos funcionários, utiliza as ferramentas da ergonomia de conscientização para que haja o pleno usufruto do projeto ergonômico, seja esse implementado pela ergonomia de concepção ou de correção. Um CIE só funciona quando é simples, de baixo custo.

### Princípios da Ergonomia

**Princípio 1: Posição vertical** - o corpo humano deve trabalhar na vertical ou posição neutra onde encontra seu melhor ponto de equilíbrio, com baixo nível de tensão dos músculos em geral. Para que seja possível esta postura o posto de trabalho deve proporcionar:

- Altura adequada das bancadas: trabalho pesado, moderado ou leve.
- Para trabalhos de escrita a bancada ou mesa na altura da linha epigástrica (parte superior do estômago).
- Quando o trabalho envolver mais de um tipo de tarefa, analisar a tarefa de maior tempo e assim utilizar a altura da bancada adequada.
- Na medida do possível dotar o posto com regulagem de altura.

### **Princípio 2: Boa situação mesa - cadeira**

- Manter o tronco apoiado ajuda a aliviar a tensão muscular.
- Durante a escrita manter a inclinação anterior do assento permitindo assim que utilize corretamente o assento e não posicionar-se na extremidade do mesmo.
- Utilizar cadeira com rodízios a fim de evitar torcer o corpo e sim girar a cadeira.
- Quando possível inclinar a superfície de trabalho.

### **Princípio 3: Auxílio mecânico**

- Diminuição do peso dos objetos deve ser uma prioridade constante em qualquer trabalho de ergonomia.
- Utilizar carrinhos com elevação manual lenta.

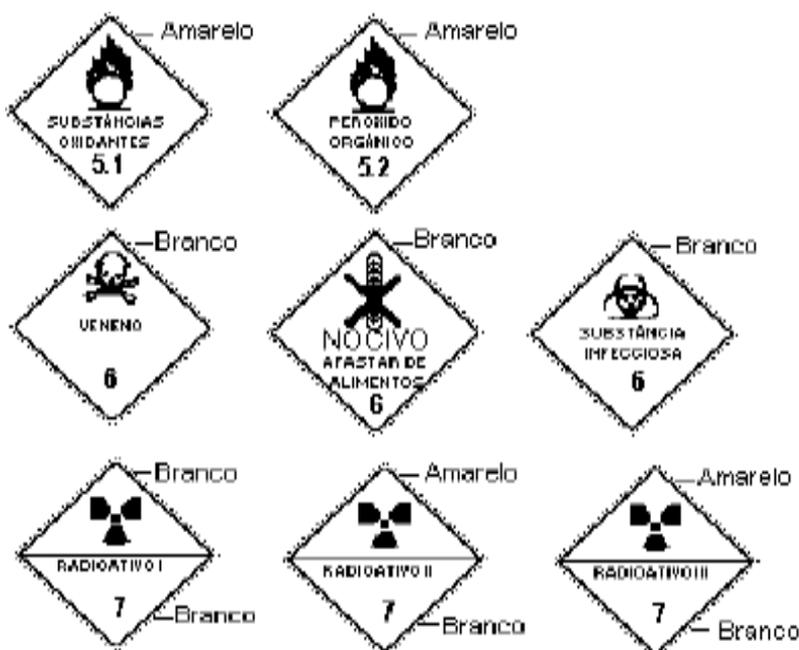
### **Princípio 4: Eliminar esforço estático**

- Eliminar tronco encurvado corrigindo com altura adequada de bancada.
- Sustentação de cargas pesadas através principalmente de suportes e correntes.

**Pictogramas para identificação de perigos para saúde e do meio ambiente**



*Figura 1. Pictogramas de perigo utilizadas no GHS com código e denominação<sup>16,17,19</sup>*



**Símbolos de Identificação dos Grupos de Resíduos**



Resíduos do grupo A e E são identificados pelo símbolo de substância infectante e frases de RISCO BIOLÓGICO ou RESÍDUO PERFUROCORTANTE.



Resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco e com discriminação de substância química e frases de risco como: QUÍMICO ou INFLAMAVEL.

- Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição, às chefias e a todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções, promovendo o seu amplo debate na comunidade hospitalar.

**Programa do Controle de Infecção Hospitalar**

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVS/MS tem como competências a definição das diretrizes de CIH a nível federal, apoiando as ações descentralizadas em controle de infecção hospitalar, além de coordenar as ações nacionais estabelecendo normas gerais para o controle das infecções hospitalares.

Um PCIH, a qualquer nível de decisão, é antes de tudo um programa de controle de qualidade com fins educativos. Visa uma mudança de comportamento da equipe de saúde, devendo, portanto, se abster de medidas punitivas ou autoritárias. O PCIH deve obedecer à legislação vigente.

Trata-se de um conjunto de ações desenvolvidas, deliberadas e sistematizadas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das Infecções hospitalares.

Cabe à CCIH a elaboração do PCIH, que deve incluir, no mínimo, as seguintes atividades:

- **Vigilância epidemiológica (VE).** O modelo a ser adotado depende das características do hospital e da disponibilidade de recursos. A vigilância epidemiológica permite um diagnóstico situacional mais preciso para o planejamento das ações. A VE possibilita a identificação de casos e de surtos de IH, e a implementação de medidas imediatas de controle. Por meio da VE devem ser elaborados relatórios, periodicamente, para posterior divulgação aos profissionais.

- **Normas para uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médicos hospitalares.** A utilização inadequada dos antimicrobianos aumenta a pressão seletiva, o que colabora para o aparecimento de microrganismos multirresistentes, dentre eles: Gram-negativos resistentes às cefalosporinas de 3ª geração (ceftriaxona, ceftazidima, cefoperazona e cefotaxima) e à ampicacina; Enterococos resistentes à ampicilina, à gentamicina ou à vancomicina; *S. epidermidis* e *S. aureus* resistentes à oxacilina e à vancomicina. Além disto, a transmissão cruzada dentro da instituição hospitalar aumenta a disseminação dessas bactérias, principalmente através dos profissionais da área da saúde.

- **Processos para prevenção de transmissão de microrganismos.** O objetivo básico da padronização de medidas de precaução e isolamento é a prevenção da transmissão de microrganismos de um paciente, portador são ou doente, para outro - tanto de forma direta como indireta. Esta prevenção abrange tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde, pelo risco ocupacional em acidentes com materiais contaminados.

- **Normas e rotinas técnicas operacionais.** Os procedimentos, cada vez mais especializados, requerem padronizações escritas para que toda a equipe tenha conhecimento sobre o método mais adequado para sua execução. A comunicação tem sido um problema nas instituições hospitalares, tornando necessário implementar padronizações escritas, até mesmo para respaldo legal da instituição.

- **Padronizações das medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar.** As medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar têm sido utilizadas com o objetivo de diminuir o risco de infecção no ambiente hospitalar e devem estar padronizadas de acordo com as características da instituição. Elas têm como objetivo

a prevenção de infecção de corrente sanguínea, infecção pulmonar, infecção de sítio cirúrgico, infecção urinária e precauções e isolamentos.

- **Treinamento dos profissionais da saúde em relação à prevenção e ao controle da IH.** A atuação dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente é fundamental para a prevenção de infecção. Para tanto, é necessário que tenham conhecimento adequado dos métodos. O conhecimento das medidas de controle - somente pelo profissional do controle de IH - não é suficiente para a prevenção. É por meio do treinamento, da divulgação dos manuais, das rotinas e padronizações que o conhecimento será propagado para todos os profissionais de saúde. O treinamento é peça fundamental para prevenção de infecção.

**PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998**

O Ministro do Estado da Saúde interino, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 87, inciso II da Constituição, e

Considerando as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Considerando que as infecções Hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, da vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes a seu funcionamento;

Considerando que o capítulo I artigo V e inciso III da lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas";

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meio de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes, (Decreto nº 77 052 de 19/01/1976, artigo 2º, inciso IV);

Considerando os avanços técnicos-científicos os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência a saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico/profissional, resolve:

Art. 1º Expedir na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõe o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º A Secretaria de Política de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento, interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

**ANEXO II  
CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNOSTICOS DAS INFECÇÕES  
HOSPITALARES**

1. Conceitos básicos.

1.1 - Infecção comunitária (IC):

1.1.1 - é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

1.1.2 São também comunitárias:

1.1.2.1 - a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2 a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3 as infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

1.2 infecção hospitalar (IH):

1.2.1 é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.

2.1 Princípios:

2.1.1 o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

2.1.1.1 evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

2.1.1.2 resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização.

2.1.1.3 evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4 endoscopia;

2.1.1.5 biópsia e outros.

2.2 Critérios gerais:

2.2.1 quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2 quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionam-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3 são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4 as infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;

2.2.5 os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica

3.1 as infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado;

3.2 a classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

3.2.1 Cirurgias Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

3.2.2 Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

3.2.3 Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

3.2.4 Cirurgias Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

**ANEXO III  
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES  
EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES**

1. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

2.1 São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

5.1 Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2 Taxa de Pacientes com infecção Hospitalar, calculada to-

obrigatoriedade da prática.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

**ANEXO V  
RECOMENDAÇÕES GERAIS.**

1 A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/ do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/ MS, 2ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1 Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercúrios orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, 1994 - princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria d 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, ou outras que as complementem ou substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Lavanderia Hospitalar, 11 edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

**Classificação das Cirurgias por Potencial de Contaminação da Incisão Cirúrgica**

- As infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado;

- A classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

**Classificação das Cirurgias por Potencial de Contaminação da Incisão Cirúrgica**

**Cirurgias Limpas**

São aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestório ou urinário.

- Artroplastia de quadril;
- Cirurgias cardíacas;
- Herniorrafia;
- Neurocirurgia;
- Cirurgias ortopédicas eletivas;
- Anastomose porto-cava;
- Anastomose esplenectomia;
- Mastectomia;

- Enxertos cutâneos;
- Vagotomia supra-seletiva sem drenagem;
- Cirurgias vasculares;
- Cirurgias torácicas;
- Cirurgias sobre o trato respiratório intratorácico ou baixo.
- Cirurgias de peritônio: baço, fígado, pâncreas, músculos, ossos, articulações, ovários, trompas, pele, tecido celular subcutâneo, próstata sem acesso uretral, bexiga sem acesso uretral, ureter, bacinetes.

**Nota:** o índice ideal máximo de infecção esperado neste tipo de cirurgia é de até 2%, porém, segundo o Colégio Americano de Cirurgiões, pode atingir até 5%.

**Cirurgias Potencialmente Contaminadas**

São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nessa categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

- Histerectomia abdominal;
- Cirurgia eletiva de intestino delgado;
- Cirurgia de vias biliares;
- Cirurgia esofágica, gástrica, duodenal e de íleo;
- Feridas traumáticas limpas;
- Cirurgias de ouvido externo;
- Cirurgia de uretra;
- Cirurgia de útero cujo acesso não seja o vaginal;
- Quebra menor da técnica asséptica;
- Drenagem mecânica.

**Nota:** o índice ideal máximo de infecção esperado neste tipo de cirurgia é de até 10%.

**Cirurgias Contaminadas**

São aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras e na ausência de supuração local.

- Apendicectomia sem supuração;
- Cirurgia de cólon, reto e ânus;
- Cirurgia de vulva e vagina;
- Cirurgia de vias biliares em presença de bile contaminada;
- Cirurgia intranasal;
- Cirurgia oral e dental;
- Cirurgia de orofaringe;
- Fraturas expostas;
- Fraturas traumáticas recentes;
- Cirurgias com quebra da técnica asséptica (por exemplo: massagem cardíaca a céu aberto).

**Nota:** estes procedimentos apresentam um índice de infecção esperando elevado, entretanto não superior a 15-20%.

**Cirurgias Infectadas**

São todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e ou tecido necrótico.

- Cirurgia de reto e ânus com pus;

**SIAB**

- O Sistema de Informação da Atenção Básica foi implantado para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pela Estratégia de Saúde da Família - ESF. O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária.

- Através dele obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Principal instrumento de monitoramento das ações do Programa Saúde da Família, tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica / SAS.

**Benefícios:**

Micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções;

Utilização mais ágil e oportuna da informação;

Produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde;

Consolidação progressiva da informação partindo de níveis menos agregados para mais agregados.

**Funcionalidades**

- Cadastros de famílias;
- Condições de moradia e saneamento;
- Situação de saúde;
- Produção e marcadores; Composição das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.<sup>45</sup>

**E-SUS**

O Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) tem por finalidade fornecer de forma prática, ágil, atualizada, completa e de fácil manipulação, instrumentos de controle e planejamento, além de possibilitar a socialização das informações de saúde.

O SIAB apresenta também como objetivo, avaliar a adequação dos serviços oferecidos e readequá-los, sempre que necessário e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Isso também é válido para a análise das prioridades políticas a partir dos perfis epidemiológicos de determinada localidade e, principalmente, para a fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área social, conformando-se numa estratégia para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

O SIAB tem como lógica central de seu funcionamento a referência a uma determinada base populacional. O Ministério da Saúde (MS) em 1998, por meio da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, editou um manual que descreve os conceitos e procedimentos básicos que compõem o SIAB, bem como as orientações gerais para seu preenchimento e operacionalização.

O SIAB baseia-se nos conceitos de modelo de atenção, família, domicílio, área, micro área e território. O Ministério da Saúde orienta que o SIAB seja informatizado. Caso o município não disponha do programa, este deve procurar o DATASUS ou a Coordenação Estadual do PSF para que estes instalem (gratuitamente) o programa.

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

<sup>45</sup> Fonte: <https://www.enfconcursos.com/> Fonte: <http://www.saude.gov.br>

O preenchimento das fichas é tarefa do agente comunitário, a partir de suas visitas domiciliares. Elas devem ser atualizadas sempre que necessário, ou seja, mediante ocorrência de eventos, como: óbito, nascimento, inclusão de parente ou agregado ao grupo familiar, etc.

Assim, registrar corretamente os dados com maior fidedignidade possível é responsabilidade do Agente comunitário. As fichas são instrumentos de trabalho do PSF, pois permitem o planejamento das atividades da equipe, tendo como base o conhecimento do diagnóstico de necessidades da população a que assiste.

São instrumentos de coleta de dados:

- Ficha A – cadastramento das famílias;
- Ficha B-GES – acompanhamento de gestantes;
- Ficha B-HÁ – acompanhamento de hipertensos;
- Ficha B-DIA – acompanhamento de diabéticos;
- Ficha B-TB – acompanhamento de pacientes com tuberculose;
- Ficha B-HAN – acompanhamento de pacientes com hanseníase;
- Ficha C (cartão da criança) – acompanhamento de crianças;
- Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações.

São instrumentos de consolidação de dados:

- Relatórios A1, A2, A3 e A4 – relatório de consolidado anual das famílias cadastradas;
- Relatórios SSA2 e SSA4 – relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias;
- Relatórios PMA2 e PMA4 – relatórios de produção e marcadores para avaliação.

O dado, após coletado, deve ser selecionado, processado, analisado e transformado em informação pela equipe de PSF. Este se conforma como um produto das relações entre os vários atores envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários, famílias, etc.).

O SIAB gera relatórios de uma determinada base populacional, população coberta pelas equipes de saúde da família, a partir da ficha de cadastramento da família denominada Ficha A, cadastramento este realizado pelos agentes comunitários de saúde e que produz informações relativas às condições demográficas, sanitárias e sociais. Além de possibilitar traçar alguns aspectos da situação de saúde referida da população.

Apesar de fornecer algumas informações essenciais para as equipes do Programa de Saúde da Família esse instrumento de coleta e o seu produto são passíveis de crítica.

Quanto ao cadastramento das famílias, é um bom indicador para acompanhamento do planejamento de implantação e implementação da Equipe de Saúde da Família (ESF), pois permite determinar com garantia quanto de cobertura da população do município e de cobertura das famílias estimadas já foram realizadas.

Ainda são possíveis determinar a estrutura familiar, o número de pessoas e a idade por família. Em relação ao saneamento, o instrumento revela-se como suficiente e de fácil manuseio para avaliação das informações, além de proporcionar uma ferramenta para divulgação, planejamento e possibilitar a indicação de serviços e ainda avaliar a prestação de serviço público e mecanismo de au-

por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Isso também é válido para a análise das prioridades políticas a partir dos perfis epidemiológicos de determinada localidade e, principalmente, para a fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área social, conformando-se numa estratégia para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

O SIAB tem como lógica central de seu funcionamento a referência a uma determinada base populacional. O Ministério da Saúde (MS) em 1998, por meio da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, editou um manual que descreve os conceitos e procedimentos básicos que compõem o SIAB, bem como as orientações gerais para seu preenchimento e operacionalização.

O SIAB baseia-se nos conceitos de modelo de atenção, família, domicílio, área, micro área e território. O Ministério da Saúde orienta que o SIAB seja informatizado. Caso o município não disponha do programa, este deve procurar o DATASUS ou a Coordenação Estadual do PSF para que estes instalem (gratuitamente) o programa.

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e para processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados.

O preenchimento das fichas é tarefa do agente comunitário, a partir de suas visitas domiciliares. Elas devem ser atualizadas sempre que necessário, ou seja, mediante ocorrência de eventos, como: óbito, nascimento, inclusão de parente ou agregado ao grupo familiar, etc.

Assim, registrar corretamente os dados com maior fidedignidade possível é responsabilidade do Agente comunitário. As fichas são instrumentos de trabalho do PSF, pois permitem o planejamento das atividades da equipe, tendo como base o conhecimento do diagnóstico de necessidades da população a que assiste.

São instrumentos de coleta de dados:

- Ficha A – cadastramento das famílias;
- Ficha B-GES – acompanhamento de gestantes;
- Ficha B-HÁ – acompanhamento de hipertensos;
- Ficha B-DIA – acompanhamento de diabéticos;
- Ficha B-TB – acompanhamento de pacientes com tuberculose;
- Ficha B-HAN – acompanhamento de pacientes com hanseníase;

níase;

- Ficha C (cartão da criança) – acompanhamento de crianças;
- Ficha D – registro de atividades, procedimentos e notificações.

São instrumentos de consolidação de dados:

- Relatórios A1, A2, A3 e A4 – relatório de consolidado anual das famílias cadastradas;
- Relatórios SSA2 e SSA4 – relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias;
- Relatórios PMA2 e PMA4 – relatórios de produção e marcadores para avaliação.

O dado, após coletado, deve ser selecionado, processado, analisado e transformado em informação pela equipe de PSF. Este se conforma como um produto das relações entre os vários atores envolvidos (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, agentes comunitários, famílias, etc.).

O SIAB gera relatórios de uma determinada base populacional, população coberta pelas equipes de saúde da família, a partir da

ficha de cadastramento da família denominada Ficha A, cadastramento este realizado pelos agentes comunitários de saúde e que produz informações relativas às condições demográficas, sanitárias e sociais. Além de possibilitar traçar alguns aspectos da situação de saúde referida da população.

Apesar de fornecer algumas informações essenciais para as equipes do Programa de Saúde da Família esse instrumento de coleta e o seu produto são passíveis de crítica.

Quanto ao cadastramento das famílias, é um bom indicador para acompanhamento do planejamento de implantação e implementação da Equipe de Saúde da Família (ESF), pois permite determinar com garantia quanto de cobertura da população do município e de cobertura das famílias estimadas já foram realizadas.

Ainda são possíveis determinar a estrutura familiar, o número de pessoas e a idade por família. Em relação ao saneamento, o instrumento revela-se como suficiente e de fácil manuseio para avaliação das informações, além de proporcionar uma ferramenta para divulgação, planejamento e possibilitar a indicação de serviços e ainda avaliar a prestação de serviço público e mecanismo de autoproteção.

Fonte: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/sistema-de-informacao-de-atencao-basica-siab-o-que-e/37938>

## QUESTÕES

1. FUNATEC - 2024 - Prefeitura de Tucuruí - PA - Enfermeiro  
Assinale a assertiva que representa as células nucleadas em forma de discos bicôncavos achatados com diâmetro médio de aproximadamente 8 µm e sua principal função é transportar oxigênio.

- (A) Hemácias
- (B) Leucócitos
- (C) Hemoglobinas
- (D) Plaquetas

2-FUNATEC - 2024 - Prefeitura de Tucuruí - PA - Enfermeiro  
Sobre as funções gerais do sistema cardiovascular, assinale a única assertiva que não representa uma dessas funções.

- (A) Transporte de nutrientes absorvidos pelo trato gastrointestinal para o resto do corpo.
- (B) Transporte de gases N2 dos órgãos respiratórios para os tecidos e O2 no sentido oposto.
- (C) Transporte de hormônios e produtos metabólicos de uma parte do corpo para a outra.
- (D) Regulação da temperatura corpórea, transferindo calor das partes mais internas para a superfície, onde o mesmo pode ser dissipado.

3-FAUEL - 2024 - Prefeitura de Cândido de Abreu - PR - Técnico em Enfermagem

O eletrocautério é um equipamento bastante utilizado nas cirurgias, sendo um sistema de eletrocirurgia capaz de cortar e coagular tecidos utilizando correntes elétricas de alta frequência, que agiliza o processo de hemostasia e promove uma cicatrização mais rápida do corte. Assinale a principal complicação ao paciente quan-