

SMS BETIM - MG

SMS BETIM (SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE) - MINAS GERAIS

Técnico em Enfermagem

EDITAL Nº 01/2024

CÓD: SL-039AB-24
7908433252399

Língua Portuguesa

1. Língua e linguagem	7
2. Variações linguísticas	8
3. Fonética	9
4. Ortografia; Paronímia e homonímia	10
5. Acentuação gráfica.....	11
6. Denotação e conotação; Sinonímia e antonímia; Ambiguidade	12
7. Compreensão e interpretação de textos	13
8. Coesão e coerência	17
9. Informações implícitas.....	18
10. Intertextualidade	18
11. Classes de palavras	20
12. Frase, oração e período; Período simples; Período composto por coordenação; Período composto por subordinação	28
13. Concordância verbal e nominal	32
14. Regência verbal e nominal.....	33
15. Crase	35
16. Colocação pronominal	36
17. Sinais de pontuação.....	37
18. Figuras de linguagem	39

Legislação

1. Estatuto dos Servidores Públicos da Prefeitura Municipal de Betim e suas alterações	49
2. Lei Orgânica do Município de Betim e suas alterações.....	66
3. BRASIL; Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e suas atualizações	90
4. Do Poder Executivo; Do Presidente e do Vice-Presidente da República; Das atribuições do Presidente da República; Da responsabilidade do Presidente da República; Dos Ministros de Estado; Do Conselho da República e do Conselho de Defesa Nacional	124

Saúde Pública

1. História das Políticas de Saúde no Brasil.....	185
2. Legislação estruturante, princípios e diretrizes do SUS	185
3. Pacto pela Saúde.....	196
4. Humanização e Acolhimento - Política Nacional de Humanização	215
5. Vigilância à Saúde	224
6. Modelos de atenção e cuidados em saúde.....	224
7. Promoção de Saúde.....	231

Conhecimentos Específicos Técnico em Enfermagem

1. Ética profissional: Código de Ética e Legislação profissional do COFEN e COREN e relações humanas no trabalho	249
2. Noções básicas de anatomia, fisiologia	255
3. farmacologia, Fármacos: conceitos e tipos, efeitos gerais e colaterais e vias de administração. Cálculo de soluções, de medi- cações e administração de medicamentos	303
4. microbiologia e parasitologia.....	319
5. Técnicas básicas de enfermagem: sinais vitais.....	322
6. higiene, conforto.....	330
7. transporte	330
8. administração de dietas	335
9. oxigenoterapia e nebulização	336
10. sondagens e drenos	340
11. Doenças Infecciosas e parasitárias.....	344
12. Assistência domiciliar de enfermagem / visita domiciliar.....	366
13. Vacinas: tipos, vias de administração, cuidados com imunobiológicos, técnicas de vacinação, cuidados com o paciente. Pro- grama Nacional de Imunização	368
14. Atenção à saúde da criança, da mulher, da gestante, do adulto e do idoso	381
15. Política Nacional de Humanização	454
16. Conceitos, métodos e procedimentos específicos de desinfecção, antisepsia e esterilização de materiais	454
17. Suporte básico de vida e atendimento às emergências.....	465
18. Política Nacional da Atenção Básica – PNAB.....	489
19. Notificação compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública	522

I - reunião dos documentos exigidos nos termos do art. 33; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, I)

II - submissão do projeto de implantação da ESFF à aprovação do Conselho Municipal de Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, II)

III - envio do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde para aprovação da CIB ou, se houver, da CIR; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, III)

IV - envio da resolução da CIB ou, se houver, da CIR e dos documentos exigidos nos termos do art. 33 ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS); (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, IV)

V - emissão de parecer técnico pelo Ministério da Saúde que ateste, a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, se a estrutura física da unidade e os equipamentos disponíveis atendem os requisitos mínimos estabelecidos pelo art. 34, X; (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, V)

VI - publicação do ato de habilitação da UBSF pelo Ministério da Saúde no Diário Oficial da União; e (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VI)

VII - cadastramento da UBSF e da ESFF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos Portaria nº 941/SAS/MS, de 22 de dezembro de 2011. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, VII)

§ 1º Os recursos serão repassados aos Municípios após o cadastramento a que se refere o inciso VII do “caput”. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 1º)

§ 2º Para os fins do disposto no inciso V do “caput”, o Ministério da Saúde poderá emitir seu parecer com base em prévia manifestação técnica da Secretaria Estadual de Saúde efetuada a partir do plano previsto no art. 34, X, inclusive com possibilidade de visita prévia à embarcação, a respeito do atendimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pela estrutura física da unidade e pelos equipamentos ali disponíveis. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 3º)

§ 3º Caso o plano da embarcação apresentado não seja suficiente para verificação do cumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde notificará a Secretaria Municipal de Saúde para complementação de documentos. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 4º)

§ 4º Após a complementação de que trata o art. 35, § 3º, o Ministério da Saúde emitirá o parecer técnico sobre o cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 5º)

§ 5º Em caso de emissão de parecer técnico favorável, o Ministério da Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde poderá, a qualquer momento, realizar verificação “in loco” do cumprimento ou não dos requisitos mínimos estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 6º)

§ 6º Para os fins do disposto no art. 35, § 5º, a Secretaria Estadual de Saúde comunicará imediatamente o Ministério da Saúde no caso de verificação do descumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pelo Município interessado. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 4º, § 7º)

Art. 36. Para as embarcações já existentes e que não contarem com ambiente para dispensação de medicamentos e laboratório, os Municípios deverão apresentar, obrigatoriamente, no projeto de implantação da ESFF, a forma como será garantida a distribuição de medicamentos e a coleta/entrega de exames laboratoriais aos usuários. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 5º)

Art. 37. Os Municípios com Equipes de Saúde da Família que já exerçam atividades em embarcações com a estrutura física mínima prevista na Política Nacional de Atenção Básica, poderão solicitar a adequação de modalidade para ESFF, observado o regramento previsto nos arts. 33, 34 e 35 do Anexo XXII. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º)

Parágrafo Único. Aplica-se às embarcações previstas no “caput” deste artigo o disposto no art. 36. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 6º, Parágrafo Único)

Art. 38. As UBSF poderão prestar serviços a populações de mais de um Município, desde que celebrado instrumento jurídico que formalize essa relação entre os Municípios, devidamente aprovado pela CIB ou, se houver, pela CIR. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 7º)

Art. 39. Para manutenção dos repasses financeiros, a(s) ESFF deve(m) alimentar, mensalmente, o sistema de informação da atenção básica disponibilizado pelo Ministério da Saúde. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 8º)

Art. 40. As UBSF devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos do Título IX da Portaria de Consolidação nº 1. (Origem: PRT MS/GM 1591/2012, Art. 9º)

CAPÍTULO III DOS PROFISSIONAIS

SEÇÃO I DAS ÁREAS E REGIÕES PRIORITÁRIAS COM CARÊNCIA E DIFICULDADE DE RETENÇÃO DE MÉDICO

Art. 41. Esta Seção estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES). (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 1º) (com redação dada pela PRT MS/GM 203/2013)

Art. 42. As áreas e regiões com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família oficialmente cadastrada serão definidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde com base em modelo que leve em conta indicadores dentre o seguintes: (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º)

I - Produto Interno Bruto (PIB) per capita; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, I)

II - população sem cobertura de planos de saúde; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, II)

III - percentual da população residente na área rural; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, III)

IV - percentual da população em extrema pobreza; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, IV)

V - percentual da população beneficiária do Programa Bolsa Família; (Origem: PRT MS/GM 1377/2011, Art. 2º, V)

por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2. Equipe de Atenção Primária - eAP: a eAP difere da equipe de Saúde da Família - eSF em sua composição, de modo a atender às características e necessidades de cada município, e deverá observar as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

As eAP deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade e enfermeiros preferencialmente especialistas em saúde da família cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

As eAP poderão ser de duas modalidades, de acordo com a carga horária: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade II: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

Não se aplica aos profissionais da eAP a vedação à participação em mais de uma eAP ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

O cadastro das eAP no SCNES deverá observar os mesmos códigos para o cadastro das eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

As citações à Equipe de Atenção Básica - eAB feitas nesta portaria e em outros atos normativos devem ser interpretadas, no que couber, como referências à Equipe de Atenção Primária - eAP. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

3.- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

De modo a atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I com carga horária diferenciada, nos seguintes termos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I-20h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

Modalidade I-30h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

Não se aplica aos profissionais da eSB na modalidade I com carga horária diferenciada a vedação à participação em mais de uma eSB ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.539 de 26.09.2019)

4- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3- Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4- Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.- Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5- Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja

de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII.- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de aceitação deste termo (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
- c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- e d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII.- Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV.- Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV.- Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI.- Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões,

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

RR	140030	MUCAJÁ	3
RR	140047	RORAINOPOLIS	2
RR	140050	SAO JOAO DA BALIZA	1
PA	150530	ORIXIMINA	11
PA	150470	MOJU	15
PA	150345	IPIXUNA DO PARA	5
PA	150060	ALTAMIRA	11
PA	150070	ANAJAS	3
PA	150085	ANAPU	3
PA	150195	CACHOEIRA DE PIRIA	6
PA	150309	GOIANESIA DO PARA	4
PA	150360	ITAITUBA	24
PA	150375	JACAREACANGA	3
PA	150503	NOVO PROGRESSO	2
PA	150548	PACAJA	10
PA	150550	PARAGOMINAS	13
PA	150600	PRAINHA	6
PA	150780	SENADOR JOSE PORFIRIO	3
PA	150810	TUCURUI	13
AP	160005	SERRA DO NAVIO	1
AP	160015	PEDRA BRANCA DO AMAPARI	2
AP	160020	CALCOENE	1
AP	160023	FERREIRA GOMES	1
AP	160040	MAZAGAO	4
AP	160050	OIAPOQUE	3
AP	160053	PORTO GRANDE	2
AP	160070	TARTARUGALZINHO	1
MT	510325	COLNIZA	5
MT	510757	RON DOLANDIA	1

ANEXO 5 DO ANEXO XXII

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica (Origem: PRT MS/GM 3238/2009, Anexo 2)

Ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica

São ações de responsabilidade de todos os Auxiliares Técnicos em Patologia Clínica, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF E/OU Equipes de agentes comunitários de Saúde.

A - COLETAR MATERIAL BIOLÓGICO

1. Atender o paciente;
2. Ponderar o pedido de exame;
3. Certificar-se do preparo do paciente;
4. Posicionar o paciente de acordo com o exame;
5. Identificar o material biológico do paciente;
6. Efetuar assepsia na região de coleta;
7. Puncionar polpa digital;
8. Acondicionar amostra para transporte.

B - RECEBER MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confrontar material biológico com o pedido;
2. Conferir as condições do material biológico.

C - PREPARAR AMOSTRA DO MATERIAL BIOLÓGICO

1. Confeccionar lâminas (esfregaço);
2. Preparo do esfregaço delgado, quando indicado;
3. Corar lâminas.

D - AJUSTAR EQUIPAMENTOS ANALÍTICOS E DE SUPORTE

1. Executar manutenção preventiva do equipamento;
2. Calibrar o equipamento;
3. Ao final do dia, fazer manutenção e limpeza do microscópio;
4. Providenciar manutenção corretiva do equipamento.

E - REALIZAR EXAMES CONFORME O PROTOCOLO

1. Dosar volumetria de reagentes e soluções para exames;
2. Realizar análise macroscópica;
3. Avaliar a qualidade de coloração da gota espessa;
4. Avaliar a qualidade de coloração do esfregaço;
5. Identificar a parasitemia para a malária e demais agravos passíveis de diagnóstico por meio do exame da gota espessa, aos quais estiver capacitado;
6. Realizar análise microscópica e quantificação da parasitemia;
7. Uso de testes rápidos para o diagnóstico de malária (quando se aplica);
8. Comparar resultados com os parâmetros de normalidade;
9. Dispensar ao paciente com malária os medicamentos necessários ao tratamento, de acordo com a espécie parasitária identificada no exame microscópico, conforme preconiza o Manual de Terapêutica da Malária do Ministério da Saúde, se necessário;
10. Comparar o resultado do exame com resultados anteriores;
11. Comparar resultado do exame com os dados clínicos do paciente;
12. Liberar exames para responsável que estiver acompanhando o paciente.

F - ADMINISTRAR O SETOR

1. Organizar o fluxograma de trabalho juntamente com a Equipe de Saúde da Família e/ou Equipe de Agentes Comunitários de Saúde;
2. Organizar o local de trabalho;
3. Gerenciar estoque de insumos;
4. Abastecer o setor;
5. Armazenar as amostras;
6. Consumir os kits por ordem de validade;
7. Encaminhar equipamento para manutenção;
8. Participar e promover atividades de capacitação e educação permanente junto à Equipe de Saúde da Família e/ou Agentes Comunitários de Saúde;
9. Supervisionar as atividades de coleta de exames de gota espessa realizadas pela equipe de Agentes Comunitários de Saúde;

8. (Ano: 2018 Banca: Quadrix Órgão: SEDF Prova: Quadrix - 2018 - SEDF) Quanto às teorias de enfermagem e ao processo de enfermagem, julgue o item.

A teoria do autocuidado, empreendida por Dorothea Orem, descreve que a enfermagem é um sistema que identifica e executa as necessidades básicas do indivíduo até que ele aprenda a realizá-las.

- () CERTO
() ERRADO

9. (Ano: 2019 Banca: VUNESP Órgão: Prefeitura de Valinhos - SP Prova: VUNESP - 2019 - Prefeitura de Valinhos - SP) No suporte básico de vida ao paciente com agravo clínico, a avaliação

- (A) primária da ventilação inclui observar o padrão ventilatório, a circunferência torácica e a autonomia respiratória.
(B) secundária do estado circulatório consiste em pesquisar hemorragias externas de natureza não traumática e verificar, nos pulsos periféricos, frequência, ritmo e simetria.
(C) complementar da ventilação requer observar, em especial, se há uso de musculatura acessória e tiragem intercostal, além de movimentos assimétricos dos membros superiores.
(D) secundária é importante, porém não obrigatória, principalmente nos pacientes críticos, ou se sua realização implicar em atraso de transporte.
(E) secundária tem como objetivo único localizar assimetrias morfológicas e instabilidades hemodinâmicas.

10. (Ano: 2018 Banca: AOCF Órgão: Prefeitura de Juiz de Fora - MG Prova: AOCF - 2018 - Prefeitura de Juiz de Fora - MG) A violência é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes orientações sexuais, classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade ou raças/etnias em relações desiguais de poder. Sobre a violência contra mulher, assinale a alternativa correta.

- (A) Violência patrimonial são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, com o objetivo provocar dor e sofrimento, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.
(B) É desnecessário que sejam descritos em prontuário dados completos sobre as circunstâncias da situação de violência, para que a mulher não seja constrangida.
(C) Pelo fato de a Atenção Básica estar nos territórios, mais próxima do cotidiano das pessoas, tem papel insignificante na identificação de situações de violência.
(D) Somente os casos de violência sexual devem ser notificados.
(E) Pode ser definida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher.

11. (Prefeitura de Juiz de Fora - MG- Enfermeiro-AOCF-2018) O que é vigilância

- (A) Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
(B) Um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

(C) Um conjunto de ações que proporciona a detecção ou prevenção de qualquer mudança da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de avaliar o impacto que as tecnologias provocam à saúde.

(D) Um conjunto de atividades que se destina ao controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

(E) Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos

12. Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOCF- Enfermeiro-2018) O controle e o rastreamento das ISTs são de grande importância. No caso das gestantes, todas devem ser rastreadas para:

- (A) HIV, Hepatite A e difteria.
(B) HIV, Sífilis e Hepatite B.
(C) Hepatite B, Gonorréia e Hepatite A.
(D) HIV, Hepatite A e Tularemia.
(E) Hepatite A, tricomoníase e HIV. Parte inferior do formulário

13. (Prefeitura de Juiz de Fora-MG- AOCF- Enfermeiro-2018) O 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- AOCF- 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- AOCF- 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