



ANAJÁS - PA

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAJÁS - PARÁ

Técnico em Enfermagem

EDITAL Nº 001/2024 – PMA

CÓD: SL-091AB-24
7908433252665

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos com domínio das relações morfosintáticas, semânticas, discursivas, argumentativas e pragmáticas.....	9
2. Tipologia e gêneros textuais	12
3. Coesão e coerência	19
4. Intertextualidade	20
5. Fonética (ortografia oficial, acentuação gráfica).....	21
6. Pontuação.....	23
7. Morfologia: estrutura, formação	25
8. Classe de palavras.....	27
9. Semântica (conotação, denotação, sinônimo, antônimo, polissemia, homônimo, parônimo, polissemia).....	40
10. Análise sintática	41
11. Sintaxe da frase: colocação pronominal	43
12. Concordância	44
13. Regência.....	46
14. Crase	48
15. Principais figuras de linguagem	49
16. Correspondência oficial (memorando, ofício, aviso e mensagem).....	51

Matemática

1. Teoria dos conjuntos (operações entre conjuntos e situações problema). Conjuntos numéricos: números naturais, números inteiros, números racionais, números irracionais e números reais	69
2. Múltiplos e divisores de um número inteiro. Máximo Divisor Comum (MDC) e Mínimo Múltiplo Comum (MMC) de um número natural	83
3. Proporcionalidade: razão, proporção, divisão proporcional, regra de três simples e composta. Porcentagem	86
4. Problemas envolvendo sistemas de equações do 1º grau com duas variáveis.....	92
5. Matemática financeira: porcentagem, capital, montante, descontos, lucros, prejuízos, taxas de juros, juros simples e juros compostos.....	93
6. Função polinomial do 1º grau e do 2º grau	95
7. Geometria plana: ângulos, triângulos, quadriláteros, polígonos e circunferência, cálculo de áreas e perímetros de figuras planas.....	98
8. Teorema de Tales, Teorema de Pitágoras e razões trigonométricas no triângulo retângulo	103
9. Geometria Espacial: pirâmides, prismas, cilindros, cones e esferas (propriedades e cálculo de volumes)	106
10. Sistemas de medidas decimais: medidas de comprimento, de superfície, de capacidade, de volume e de massa, medidas de tempo	109
11. Cálculo de probabilidade de eventos equiprováveis.....	111
12. Estatística: leitura e interpretação de tabelas e gráficos. Medidas de tendência central: média aritmética, mediana e moda	112

Informática Básica

1. Conceitos básicos em informática: Hardware: unidade central de processamento, periféricos e dispositivos de entrada, saída e armazenamento de dados	125
2. Software: tipos de software, software livre e software proprietário, conceitos básicos de sistemas operacionais	127
3. Noções de ambiente Windows e distribuições Linux.....	130
4. Conceitos de organização e de gerenciamento de arquivos e pastas, permissão de arquivos, backup	157
5. Conceitos e funções de aplicativos de editores de texto, planilhas eletrônicas, apresentações (pacote Microsoft Office e Libre-Office)	161
6. Internet: conceitos básicos e serviços associados à internet: navegação.....	180
7. Correio eletrônico	183
8. Grupos de discussão	185
9. Busca e pesquisa.....	187
10. Armazenamento em nuvem	189
11. Plataformas de comunicação e colaboração.....	190
12. Redes de computadores: noções básicas de redes de computadores, LAN, MAN, WAN e Intranet, endereçamento.....	192

Conhecimentos Específicos Técnico em Enfermagem

1. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios, diretrizes, estrutura e organização. Estrutura básica dos serviços de saúde.....	201
2. Níveis progressivos de assistência à saúde	208
3. Direitos dos usuários do SUS	209
4. Ações e programas do SUS: Atenção Integral a saúde (Pré-natal, Parto, Puerpério, PCCU, Planejamento Familiar, Climatério, Imunização, Crescimento e desenvolvimento, Suplementação de Ferro, Suplementação de Vitamina A, Aleitamento Materno, Doenças da Primeira infância)	215
5. Saúde do Adolescente	264
6. Saúde do Homem	267
7. Saúde do Idoso, Saúde do portador de doenças crônicas não transmissíveis (Obesidade/Hipertensão Arterial Sistêmica/ Diabetes Mellitus)	271
8. Saúde Mental.....	282
9. Saúde ao portador de deficiência	295
10. Programa Nacional de Controle ao Tabagismo	296
11. Programa Saúde na Escola.....	301
12. Ética profissional: Legislação em enfermagem, associações de classe e órgãos de fiscalização do exercício profissional	304
13. Noções gerais de anatomia e fisiologia humana. Noções de histologia dos tecidos	310
14. Noções de farmacologia	359
15. Noções de microbiologia e parasitologia	376
16. Biossegurança em saúde.....	378
17. Controle de infecção hospitalar: Classificação e processamento dos artigos utilizados nos serviços de saúde	381
18. Segurança no trabalho	392
19. História e evolução da Enfermagem	392

ÍNDICE

20. Procedimentos técnicos de enfermagem. Técnicas básicas de enfermagem: arrumação de leito	398
21. Higiene do paciente	398
22. Posicionamento no leito, mobilidade do paciente restrito ao leito	399
23. Sinais vitais, mensuração de altura e peso	403
24. Semiologia e semiotécnica básica para enfermagem	416
25. Organização do processo de trabalho em saúde e enfermagem	417
26. Assistência em saúde coletiva	417
27. Assistência em saúde mental	418
28. Noções e princípios de imunização: Conservação, preparo e administração de vacinas. Programa Nacional de Imunização (PNI)	418
29. Sistema de Informação em Saúde: E-SUS	431
30. Administração de medicamentos (noções de farmacologia, cálculo para diluição, gotejamento, e administração conforme prescrição, materiais utilizados para administração e preparo, identificar vias de administração e cuidados na aplicação, venoclise)	435
31. Curativo: princípios gerais, técnica, tipos de curativos e tipos de oclusão, processo de cicatrização	445
32. Prevenção de úlceras de pressão	446
33. Cuidados de enfermagem com sondagens gástrica e cateterismo vesical	447
34. Coleta de material para exames laboratoriais	451
35. Oxigenoterapia	463
36. Assistência ao paciente com disfunções cardiovascular, circulatória, digestiva, gastrointestinal, endócrina, renal, do trato urinário, reprodutiva, neurológica e musculoesquelética	468
37. Enfermagem materno-infantil. Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal e no climatério. Assistência de enfermagem ao recém-nascido, à criança e ao adolescente	539
38. Assistência na emergência/urgência e no trauma. Suporte básico de vida. Atendimento de emergência: parada cardiorrespiratória, corpos estranhos, intoxicações exógenas, estados convulsivos e comatosos, hemorragias, queimaduras, urgências ortopédicas	539
39. Noções básicas sobre as principais doenças de interesse para a saúde pública: diarreia, SARS-CoV-2, cólera, dengue, zika, chicungunha, doença de Chagas, malária, esquistossomose, febre tifoide, meningite, tétano, sarampo, tuberculose, hepatite hanseníase, difteria, diabetes, hipertensão arterial, raiva, leishmaniose e doenças sexualmente transmissíveis	559
40. Princípios e noções da Segurança do Paciente. Programa nacional de segurança do paciente.	574
41. Humanização no cuidado do paciente/cliente	576

Raiva

Conhecida desde a antiguidade, a raiva é uma doença viral altamente letal. Trata-se de uma zoonose (doença que normalmente acomete animais, mas pode ser transmitida para os seres humanos) caracterizada pela ocorrência de encefalite aguda (inflamação aguda do cérebro).

Além da encefalite, a infecção também produz sintomas como mal estar, aumento de temperatura corporal, anorexia, dor de cabeça, náuseas, irritabilidade e sensação de angústia. Com sua evolução, também ocorrem manifestações como delírios, espasmos musculares involuntários (contrações musculares involuntárias) e convulsões. Os espasmos musculares progridem para paralisia, causando retenção urinária, prisão de ventre e alterações cardiorrespiratórias, evoluindo para a morte em poucos dias.

A doença representa um grande problema de saúde, principalmente porque pode ser transmitida por animais domésticos como cães e gatos.

Quem causa a doença: a doença é causada pelo Vírus da Raiva Humana, pertencente ao gênero *Lyssavirus*.

Quem transmite a doença: o transmissor varia conforme a área do ciclo da doença.

a) Área urbana: nas cidades, as principais fontes de infecção são os cães e os gatos (reservatórios).

b) Área rural: nas zonas rurais, o vírus é transmitido por bovinos, equinos e outros.

c) Área silvestre: no ambiente silvestre, o vírus pode ser transmitido por morcegos, raposas, coiotes, gatos do mato, jaritatas, guaxinins, macacos e outros.

Como a doença é transmitida: a doença é transmitida por meio de mordidas e arranhões produzidos por animais com a presença do vírus na saliva, ou seja, infectados. Na literatura existem relatos de transmissão de pessoa para pessoa por meio de transplante de órgãos.

Em quanto tempo aparecem os sintomas: o período de incubação da doença é variável, podendo ser de dias até anos. Por exemplo, no homem os sintomas surgem em aproximadamente 45 dias. Já no cão, os sintomas costumam a aparecer por volta de 10 dias a 2 meses após a infecção.

A partir de quando a doença pode ser transmitida: o período de transmissibilidade também varia de espécie para espécie. Sabe-se que no caso dos cães e gatos, a presença do vírus na saliva pode ser percebida entre 2 a 5 dias após o surgimento dos primeiros sintomas.

Como é feito o diagnóstico da doença: a doença é facilmente diagnosticada quando os sinais e sintomas se manifestam após o contato do paciente com um animal doente. A confirmação do diagnóstico geralmente é feita por meio de exames sorológicos.

Como é o tratamento da doença: casos suspeitos e confirmados da doença são tratados por meio da utilização do protocolo de tratamento de raiva humana, elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde. Esse protocolo envolve a indução ao coma, o uso de antivirais, a reposição de enzimas e a manutenção das funções vitais do paciente.

Como a doença pode ser prevenida: a principal medida para prevenção da doença é a vacinação.

Leishmaniose tegumentar americana

A leishmaniose tegumentar americana ou úlcera de Bauru é uma doença não contagiosa que se manifesta pelo aparecimento de lesões na pele ou pela destruição dos tecidos da cavidade nasal, podendo gerar a perfuração de estruturas como septo nasal e/ou céu da boca (palato).

Quem causa a doença: a doença é causada por protozoários do gênero *Leishmania* (leishmanias).

Quem transmite a doença: quem armazena e pode transmitir o protozoário são os marsupiais, roedores, preguiça e tamandá.

Como a doença é transmitida: a transmissão da doença se dá pela picada da fêmea de insetos flebotômíneos pertencentes ao gênero *Lutzomyia*, como mosquito palha, tatuquira e birigui.

Em quanto tempo aparecem os sintomas: os sintomas podem aparecer de 2 a 3 meses após a contaminação. Esse período pode ser estender por até 2 anos.

A partir de quando a doença pode ser transmitida: o período de transmissibilidade é desconhecido. Sabe-se que a transmissão não ocorre de homem para homem. Para que ela aconteça, é necessário que mosquito adquira o protozoário ao picar um dos seus reservatórios (marsupiais, preguiça etc.) e em seguida, o transfira para o homem por meio da picada.

Como é feito o diagnóstico da doença: o diagnóstico é feito a partir dos sintomas apresentados pelo paciente, das características epidemiológicas da doença e dos resultados de exames laboratoriais.

Como é o tratamento da doença: o tratamento da doença é realizado exclusivamente com o uso de medicamentos.

Como a doença pode ser prevenida: as medidas de prevenção contra a doença envolvem ações como o uso de repelentes e o controle da população de mosquitos vetores (mosquitos que transmite a doença). Além disso, identificar e tratar precocemente os doentes contribui com a redução do número de casos de leishmaniose tegumentar americana.

Leishmaniose visceral

A leishmaniose visceral também chamada calazar, febre dundun ou doença do cachorro, é uma infecção que atinge tanto áreas rurais quanto áreas urbanas.

A doença pode se manifestar de forma discreta ou grave com sintomas como febre de longa duração, perda de peso, fraqueza e anemia.

Sua evolução se divide em três diferentes períodos:

a) Período inicial: fase aguda da doença, marcada pelo início de sintomas como febre, palidez e aumento do fígado e baço (hepatoesplenomegalia).

b) Período de estado: período caracterizado pela presença de febre irregular, palidez da pele e mucosas, emagrecimento e piora do quadro de hepatoesplenomegalia.

c) Período final: caso o doente não seja diagnosticado e tratado, a doença evolui para a fase final com febre contínua, desnutrição, inchaço dos membros inferiores, hemorragias e ascite (acúmulo de água no interior do abdômen).

Quem causa a doença: a doença é causada por protozoários *Leishmania chagasi*.

Quem transmite a doença: os transmissores do protozoário variam conforme a área. Em áreas urbanas, a doença é transmitida pelo cachorro. Já nas áreas rurais, as raposas e os marsupiais representam as principais fontes da infecção.

Manejo Clínico

Tratamento das infecções oportunistas.

As diretrizes para o tratamento das infecções oportunistas devem ser consultadas para as recomendações mais atuais. A função imune deve melhorar com o início da terapia antirretroviral altamente ativa, levando a uma resolução mais rápida da infecção oportunista.

Tratamento

Não há cura para a infecção pelo HIV. Os medicamentos atualmente disponíveis para tratar a infecção pelo HIV diminuem a quantidade de vírus no organismo, mas não erradicam o HIV. O tratamento da infecção pelo HIV mudou drasticamente desde meados dos anos 1990. Esta mudança se deve à melhor compreensão da patogênese do HIV, ao surgimento de testes de carga viral e ao aumento do número de medicamentos disponíveis para combater o vírus.

Após a confirmação da infecção pelo HIV, deve ser feita uma avaliação de linha de base. Esta avaliação deve englobar o histórico completo e exames físicos e laboratoriais iniciais, assim como um hemograma completo com diferencial.

Os cuidados de rotina de acompanhamento de uma pessoa estável e assintomática infectada com o HIV devem incluir o histórico e o exame físico, juntamente com a contagem de células CD4+ e carga viral, que deve ser testada a cada 3 ou 4 meses. Indivíduos sintomáticos podem precisar de acompanhamento mais frequentemente.

As intervenções terapêuticas devem ser determinadas de acordo com o nível de atividade da doença, com base na carga viral; o grau de imunodeficiência, com base na contagem de células CD4+; e o aparecimento de infecções oportunistas específicas.

Papilomavírus humana (HPV)⁹⁶

O HPV é um vírus que infecta pele ou mucosas causando verruga genital, ou popularmente chamado crista de galo, são conhecidos vinte tipos de papilomavírus que podem infectar o trato genital, o período de incubação da doença varia entre 4 e 6 semanas, mas pode levar anos.

Transmissão

É uma doença de transmissão frequentemente sexual (vaginal, anal e oral), entretanto, o contato com superfícies contaminadas é capaz de transmitir a doença, e, eventualmente, uma criança pode ser infectada pela mãe doente, durante o parto.

Sinais e Sintomas

Algumas infecções são assintomáticas, entretanto podem manifestar-se como lesões exofíticas (que se desenvolve ou está do lado externo de um órgão) ou assumir uma forma subclínica. Dependendo do tamanho e da localização das lesões, os condilomas podem ser dolorosos e pruriginosos. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas, e de tamanho variável, podendo estar presentes no colo uterino, vagina, uretra e ânus.

Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico do HPV é atualmente realizado por meio de exames clínicos e laboratoriais, dependendo do tipo de lesão, se clínica ou subclínica.

Lesões clínicas: podem ser diagnosticadas, por meio do exame clínico urológico (pênis), ginecológico (vulva/vagina/colo uterino) e dermatológico (pele).

Lesões subclínicas: podem ser diagnosticadas por exames laboratoriais, como: o exame preventivo Papanicolaou (citopatologia), colposcopia, peniscopia e anuscopia, e também por meio de biopsias e histopatologia para distinguir as lesões benignas das malignas.

De acordo⁹⁷ com a organização Pan-americana de saúde doença transmissível é: “qualquer doença causada por um agente infeccioso específico, ou seus produtos tóxicos, que se manifesta pela transmissão deste agente ou de seus produtos, de uma pessoa ou animal infectado ou de um reservatório a um hospedeiro suscetível, direta ou indiretamente por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inanimado”.

A expressão doença transmissível pode ser sintetizada como doença cujo agente etiológico é vivo e é transmissível. Doenças transmissíveis são aquelas em que o organismo parasitante pode migrar do parasitado para o sadio, havendo ou não uma fase intermediária de desenvolvimento no ambiente.

A maioria das doenças infecciosas está associada à pobreza e ao subdesenvolvimento, posto isso abordaremos a seguir as principais considerações sobre o assunto.

PRINCÍPIOS E NOÇÕES DA SEGURANÇA DO PACIENTE. PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE.

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013

Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 23 de julho de 2013, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

96 BRETAS, Ana Cristina Passarella; GAMBA, Mônica Antar. *Enfermagem e Saúde do Adulto*. Manole, 2006.

97 http://www.inf.furb.br/sias/saude/Textos/doencas_transmissiveis.htm

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

**SEÇÃO I
OBJETIVO**

Art. 1º Esta Resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

**SEÇÃO II
ABRANGÊNCIA**

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

**SEÇÃO III
DEFINIÇÕES**

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

V - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

**CAPÍTULO II
DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS**

**SEÇÃO I
DA CRIAÇÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art. 7º Compete ao NSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

Todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir. Criticar, desconstruir, sim; mas, que sejam explicitadas as sínteses. Sempre há alguma síntese nova, senão seria a repetição do mesmo.

Daí, a necessidade de ressignificar a humanização em saúde através de novas práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde - levando-se em conta que: sujeitos engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam. (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.390)

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

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 construção de uma nova relação seja entre as demais políticas e programas de saúde, seja entre as instâncias de efetuação do Sistema Único de Saúde (SUS), seja entre os diferentes atores que constituem o processo de trabalho em saúde. O aumento do grau de comunicação em cada grupo e entre os grupos (princípio da transversalidade) e o aumento do grau de democracia institucional por meio de processos cogestivos da produção de saúde e do grau de corresponsabilidade no cuidado são decisivos para a mudança que se pretende.

Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde. Por isso, falamos da ‘humanização’ do SUS (HumanizaSUS) como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas.

Define-se, assim, a ‘humanização’ como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde.

Satisfação do usuário e do trabalhador

A satisfação no trabalho é a atitude geral da pessoa face ao seu trabalho e depende de vários fatores psicossociais. Existem ainda outras conceituações que referem-se a satisfação no trabalho como sinônimo de motivação ou como estado emocional positivo. Alguns consideram satisfação e insatisfação como fenômenos distintos, opostos.

Influências na satisfação incluem ambiente, higiene, segurança no trabalho, o estilo de gestão e da cultura, o envolvimento dos trabalhadores, capacitação e trabalho autônomo de grupos, entre muitos outros.

Equidade

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão as mesmas condições de acesso, more o

cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Universalidade

Universalidade: É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (“A saúde é direito de todos e dever do Estado” – Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público de saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.

Como valorizar participação de usuário, profissionais e gestores

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH que já apresentam resultados positivos.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio-familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

O Humaniza SUS aposta em inovações em saúde

- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- (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. (Camara 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. (Pref 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. (Pref 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 Backhaus; 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 categute simples.
- (D) síntese, como lâminas de bisturi; e descarta as agulhas na caixa de perfurocortante, após terem sido devidamente desconectadas 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 ma-