



SUMARÉ - SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE SUMARÉ - SÃO PAULO

Técnico de Enfermagem
SMS

CONCURSO PÚBLICO CPPMS 001/2024

CÓD: SL-123AB-24
7908433252733

Língua Portuguesa

1. Ortografia.....	9
2. Estrutura e Formação das palavras.....	9
3. Divisão Silábica; Vogais; Semivogais; Gênero, Número; Fonética e fonologia: Conceitos básicos; Classificação dos fonemas; Fonemas e letras.....	11
4. Relação entre palavras; sinônimos, homônimos e antônimos.....	14
5. Sinais de Pontuação.....	14
6. Acentuação.....	16
7. Uso da crase.....	17
8. Substantivo; Adjetivo; Artigo; Numeral; Advérbio; Verbos; Conjugação de verbos; Pronomes; Preposição; Conjunção; Interjeição.....	18
9. Encontros vocálicos; Encontros consonantais e dígrafo; Tonicidade das palavras; Sílabas tônicas.....	27
10. Frases; Sujeito e predicado; Formas nominais; Locuções verbais; Termos ligados ao verbo: Adjunto adverbial, Agente da Passiva, Objeto direto e indireto, Vozes Verbais; Termos Essenciais da Oração; Termos Integrantes da Oração; Termos Acessórios da Oração; Orações Coordenadas e Subordinadas; Período.....	27
11. Concordância nominal; Concordância verbal.....	30
12. Regência verbal; Regência nominal.....	32
13. Predicação verbal; Aposto; Vocativo; Derivação e Composição.....	34
14. Uso do hífen.....	34
15. Vozes verbais; Voz ativa; Voz passiva; Voz reflexiva.....	35
16. Funções e Empregos das palavras “que” e “se”.....	35
17. Uso do “Porquê”.....	37
18. Prefixos; Sufixos; Afixos; Radicais.....	37
19. Flexão nominal e verbal.....	37
20. Emprego de locuções.....	42
21. Sintaxe de Concordância; Sintaxe de Regência.....	42
22. Sintaxe de Colocação; Formas verbais seguidas de pronomes.....	42
23. Comparações; Criação de palavras; Uso do travessão.....	43
24. Discurso direto e indireto; Discurso direto.....	43
25. Imagens.....	45
26. Relações entre nome e personagem.....	45
27. História em quadrinhos.....	45
28. Relação entre ideias.....	46
29. Onomatopeias; Aliteração; Assonância; Repetições; Relações; Metáfora; Eufemismo; Hipérbole; Ironia; Prosopopeia; Catacrese; Paradoxo; Metonímia; Elipse; Pleonasma; Silepse; Antítese; Sinestesia; Personificação.....	46
30. Provérbios.....	48
31. Intensificações.....	48
32. Expressões ao pé da letra.....	49
33. Palavras e ilustrações.....	49
34. Associação de ideias.....	49
35. Oposição.....	50
36. Pessoa do discurso.....	50

ÍNDICE

37. Denotação e Conotação.....	50
38. Vícios de Linguagem	50
39. Análise, compreensão e interpretação de texto: Tipos de Comunicação: Descrição; Narração; Dissertação	51
40. Tipos de Discurso	55
41. Coesão Textual.....	55

Matemática e Raciocínio Lógico

1. Números inteiros; Números Naturais; Conjunto de números: naturais, inteiros, racionais, irracionais, reais, operações, expressões (cálculo); Operações fundamentais como: Adição, Subtração, Divisão e Multiplicação; Operações no conjunto dos números naturais; Operações fundamentais com números racionais; Múltiplos e divisores em \mathbb{N} ; Radiciação; potenciação; Conjunto de números fracionários; Operações fundamentais com números fracionários; Problemas com números fracionários; Números decimais; Números complexos.....	61
2. Expressões Algébricas; Fração Algébrica; Simplificação. Equações fracionárias.....	74
3. Máximo divisor comum; mínimo divisor comum	77
4. Razão e Proporção; Grandezas Proporcionais.....	78
5. Numeração decimal; Sistemas de numeração.....	80
6. Problemas matemáticos. problemas usando as quatro operações	82
7. Sistema de medidas: medidas de comprimento, superfície, volume, capacidade, tempo, massa, m^2 e metro linear; Medindo o tempo: horas, minutos e segundos.....	84
8. Matemática Financeira. Porcentagem. Juros Simples e Composto.....	86
9. Regras de três simples e composta.....	88
10. Sistema Monetário Nacional (Real)	89
11. Relação e Função: domínio, contradomínio e imagem; Função do 1º grau; função constante; Função do 2º grau; Função exponencial: equação e inequação exponencial; Função logarítmica.....	95
12. Geometria Plana: Plano, Área, Perímetro, ângulo, Reta, Segmento de Reta e Ponto; Teorema de Tales; Teorema de Pitágoras	111
13. Geometria Espacial	117
14. Geometria Analítica	120
15. Noções de trigonometria; Trigonometria da 1ª volta: seno, cosseno, tangente, relação fundamental	125
16. Relação entre grandezas: tabelas e gráficos	127
17. Progressão Aritmética (PA) e Progressão Geométrica (PG)	131
18. Sistemas Lineares.....	133
19. Análise combinatória; Probabilidade	134
20. Estatística	139
21. Avaliação de sequência lógica e coordenação viso-motora, orientação espacial e temporal, formação de conceitos, discriminação de elementos, reversibilidade, sequência lógica de números, letras, palavras e figuras. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios; deduzir novas informações das relações fornecidas e avaliar as condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações.....	140
22. Compreensão do processo lógico que, a partir de um conjunto de hipóteses, conduz, de forma válida, a conclusões determinadas.....	146
23. Compreensão e elaboração da lógica das situações por meio de: raciocínio verbal, raciocínio matemático, raciocínio quantitativo e raciocínio sequencial.....	148
24. Problemas lógicos com dados, figuras e palitos.....	157

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem SMS

1. Fundamentos de enfermagem.....	163
2. Conhecimentos de anatomia e fisiologia humana.....	169
3. Assistência de enfermagem no atendimento às necessidades do paciente hospitalizado.....	204
4. Primeiros Socorros: Lesões de tecidos moles (contusão, escoriação, ferimentos), ressuscitação cárdio respiratório, lesões traumato-ortopédica (fraturas, luxações, entorse).....	210
5. Enfermagem em urgência e emergência, assistência de enfermagem ao paciente na UTI ou CTI.....	227
6. Cuidados de Enfermagem Cirúrgica: Sala de cirurgia, material, uniforme, tipos de cirurgias, dreno torácico, recuperação pós-anestésica, diálise peritonial.....	275
7. Assistência ao Exame Físico: Métodos de exames, material, preparo do paciente, posições para exames, e observações.....	282
8. O Paciente e o Hospital: Sinais Vitais: temperatura, pulso, respiração, pressão arterial, quadro gráfico.....	286
9. Enfermagem Neuropsiquiátrica e em Saúde Pública: Definição, histórico, objetivos, imunização.....	294
10. doenças provocadas por vermes (meios de transmissão e profilaxia), ocorrências de outras doenças ligadas a saúde pública.....	306
11. cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento de doenças infecciosas e parasitárias.....	308
12. Higiene, profilaxia, assepsia, desinfecção e esterilização, métodos e cuidados.....	329
13. Administração de Medicamentos: Métodos, vias, regras gerais, diluição.....	336
14. oxigenoterapia.....	346
15. curativos.....	353
16. coletas de amostras para exames laboratoriais.....	354
17. microbiologia e Parasitologia.....	365
18. Nutrição e dieta dos pacientes.....	377
19. Assistência de enfermagem em doenças crônicas degenerativas: diabetes e hipertensão.....	380
20. Cuidados de enfermagem a pessoas com afecções do sistema gastrointestinal, cardiovascular, respiratória e hematológico.....	388
21. Assistência de enfermagem em doenças transmissíveis DST/AIDS.....	395
22. Cuidados com o recém-nascido; aleitamento materno; crescimento e desenvolvimento; doenças mais frequentes na Infância.....	398
23. Atendimento de enfermagem à saúde da criança e adolescente; Principais riscos de saúde na adolescência.....	415
24. Atendimento de enfermagem à saúde da mulher, planejamento familiar; pré-natal, parto e puerpério; climatério; prevenção do câncer cérvicouterino.....	419
25. Atendimento ao idoso.....	450
26. Saúde Pública.....	461
27. Administração aplicada à enfermagem; noções de administração de unidade; trabalho em equipe.....	462
28. lei do exercício profissional.....	472
29. ética profissional.....	475
30. Sistema Único de Saúde - SUS: (princípios e diretrizes), conceitos, fundamentação legal, diretriz e princípios.....	480
31. participação popular e controle social; A organização social e comunitária; O Conselho de Saúde.....	492
32. A assistência e o cuidado dos Técnicos de Enfermagem ao longo do ciclo vital.....	492
33. O exercício profissional do Técnico de Enfermagem.....	492
34. Equipe de saúde.....	492
35. Educação para a saúde.....	492
36. O trabalho com grupos.....	501

ÍNDICE

37. Reorganização dos Serviços de Saúde: PSF e PACS	503
38. Vigilância Epidemiológica e Sanitária.....	517
39. Todo Conteúdo Programático do Curso de Técnico em Enfermagem. (Currículo Básico).....	519

A comunicação e o cuidado emocional

O termo comunicar provém do latim *communicare* que significa colocar em comum. A partir da etimologia da palavra entendemos que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não verbal. Freire afirma que “o mundo social e humano, não existiria como tal, se não fosse um mundo de comunicabilidade, fora do qual é impossível dar-se o conhecimento humano. A intersubjetividade ou a intercomunicação é a característica primordial deste mundo cultural e histórico”.

Partimos da premissa de que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que vislumbra uma melhor assistência ao cliente e à sua família que estão vivenciando ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização, especialmente em caso de longos períodos de internação ou quando se trata de quadros de doença terminal. Portanto, a comunicação é algo essencial para se estabelecer uma relação entre profissional, cliente e família. Algumas teorias afirmam que o processo comunicativo é a forma de estabelecer uma relação de ajuda ao indivíduo e à família.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-cliente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades. Portanto, o processo de interação com o cliente se caracteriza não só por uma relação de poder em que este é submetido aos cuidados do enfermeiro, mas, também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.

O objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Cuidado esse que deve ser prestado de forma humana e holística, e sob a luz de uma abordagem integrada, não poderíamos excluir o cuidado emocional aos nossos clientes, quando vislumbramos uma assistência de qualidade. Ao cuidarmos de alguém, utilizamos todos os nossos sentidos para desenvolvermos uma visão global do processo observando sistematicamente o ambiente e os clientes com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência. No entanto, ao nos depararmos com as rotinas e procedimentos técnicos deixamos de perceber importantes necessidades dos clientes (sentimentos, anseios, dúvidas) e prestar um cuidado mais abrangente e personalizado que inclua o cuidado emocional.

Skilbeck & Payne conduziram uma revisão de literatura objetivando compreender a definição de cuidado emocional e como enfermeiros e clientes podem interagir para produzir relacionamentos de suporte emocional. As autoras relatam a ausência de uma definição clara do que venha a ser o cuidado emocional existindo variações na literatura quanto ao uso dessa terminologia ao referir-se como “cuidado emocional e apoio”, “cuidado psicológico” e “cuidado psicossocial”. Ao realizarem uma análise mais detalhada as autoras perceberam ainda que o cuidado emocional pode ter vários significados quando visto sob o prisma de diferente marcos teórico e contextos sociais, e, portanto a ausência de uma definição e significados próprios repercute na prática assistencial do enfermeiro.

Contudo, para a condução de nossa reflexão assumimos que o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível, exigindo alto nível de sensibilidade para as manifestações verbais e não verbais do cliente que possam indicar ao enfermeiro suas necessidades individuais.

Portanto, consideramos que a promoção de um cuidado holístico que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional perpassa por um processo comunicativo eficaz entre enfermeiro-cliente. Todavia entendemos que o processo de comunicação

se constrói de diferentes formas, e que para haver comunicação a expressão verbal (através do uso das palavras) ou não verbal (a postura, as expressões faciais, gestos, aparência e contato corporal) de um dos sujeitos, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro.

Caso isso não aconteça, não haverá a compreensão de sinais entre os sujeitos, inviabilizando o processo comunicativo e consequentemente comprometendo o cuidado. Waldow deixa claro que o cuidar se inicia de duas formas: como um modo de sobreviver e como uma expansão de interesse e carinho. Assim, o primeiro faz-se notar em todas as espécies animais e sexos, e o segundo ocorre exclusivamente entre os humanos, considerando sua capacidade de usar a linguagem, entre outras formas, para se comunicar com os outros.

Para aperfeiçoar uma assistência mais holística a equipe de enfermagem pode estabelecer estratégias de cuidados para atingir seus objetivos. Contudo, ratificamos uma vez mais que a comunicação é o elemento chave para a construção de qualquer estratégia que almeje o cuidado emocional. Alguns autores têm identificado que problemas de comunicação ou comunicação insatisfatória entre enfermeiro e cliente, especialmente quando relacionados a clientes terminais, devido ao medo da morte, ansiedade do enfermeiro sobre a habilidade do cliente de enfrentar a doença, falta de tempo, falta de treinamento de como interagir com estes clientes, e ansiedade sobre as consequências negativas para os clientes têm repercutido no estabelecimento de uma melhor interação enfermeiro-cliente.

Portanto, se faz relevante que o enfermeiro possa submeter-se a treinamentos relacionados à habilidade de comunicação.

Heaven & Maguire realizaram uma sondagem pré-teste, concederam treinamento sobre habilidades comunicativas aos enfermeiros e realizaram um pós-teste. Ao final do estudo os autores identificaram que a habilidade de comunicação do enfermeiro melhorou de forma significativa após o treinamento. Wilkinson et al e Kruijver et al encontraram que após um treinamento dessa natureza as enfermeiras melhoraram a avaliação dos problemas do cliente e do conteúdo emocional revelados pelo mesmo.

Além de uma educação continuada relacionada à comunicação sugerimos a visita diária de enfermagem como um importante artifício para identificar o nível de necessidade de segurança, amor, autoestima, espiritualidade e biofisiológico do cliente. É a partir da visita de enfermagem que o enfermeiro estabelece um processo de comunicação com o cliente possibilitando o esclarecimento de dúvidas quanto à evolução e prognóstico do cliente, aos procedimentos a serem realizados, normas e rotinas da instituição ou unidade de internação e estrutura física hospitalar, desempenhando um importante papel na redução dos quadros de tensão e ansiedade que repercutem no quadro clínico do cliente.

Do contrário uma inviabilização do processo comunicativo na relação profissional-cliente, pode desencadear situações de estresse. Santos refere que os diálogos ocorridos junto à cama do cliente, repletos de termos técnicos, geralmente inacessíveis, são interpretados pelo cliente conforme seu conhecimento, e o impacto emocional da postura silenciosa de enfermeiros e médicos, podem agravar ainda mais o estado de ansiedade e tensão. Portanto, atitudes como estas devem ser evitadas durante toda a internação, na tentativa de minimizar seu impacto na qualidade assistencial do cliente no momento em que este se encontra mais fragilizado.

13 - Todas as unidades de saúde, inclusive as contratadas, devem afixar placas com o logotipo do SUS, em lugar visível e acessível, informando sobre os serviços prestados, as normas e horários de trabalho dos profissionais, nome do gestor responsável e formas de contato.

14 - Desenvolver estratégias de comunicação, integrando profissionais, serviços e usuários, visando a melhoria da qualidade e o compartilhamento de informações; implementar caixas de coleta de sugestões, críticas e opiniões que devem ser analisadas e respondidas pelo gestor e pelo conselho.

Informação, Educação e Comunicação em Saúde: Um Breve Histórico

A Informação, a Educação e a Comunicação, enquanto campos separados de ação em saúde têm, cada qual, sua história peculiar.

De acordo com Ilara Hammerli, com relação aos sistemas de informação em saúde no país, verificam-se diferentes enfoques e, por conseguinte, diferentes interesses, a serem instrumentalizados em momentos específicos. A estruturação dos sistemas traduz o modo como o Estado apreende a realidade, a registra e a traduz, na busca de respostas a determinados interesses e práticas institucionais.

A informação no contexto da saúde tem estado associada à organização de sistemas de dados com o objetivo de apoiar a tomada de decisões, para intervenção em uma dada realidade. Assim, o papel da informação em saúde tem sido entendido como subsídio a essa intervenção; no entanto ela deve contribuir para o entendimento de que a “realidade de saúde que traduz, deve influenciar decisões e modificar percepções”.

Até 1987, no âmbito do MS, os setores que trabalhavam com informação em saúde eram o Serviço de Planejamento de Informações, da Secretaria Geral, e o Serviço de Estudos Epidemiológicos, da Divisão Nacional de Epidemiologia da Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - SNABS7.

Em agosto de 1987, através de Portaria 413 de 21 de agosto de 1987 (D.O. 24.08.87) o MS aprova novo Regimento Interno da Secretaria Geral que cria o Centro de Informações de Saúde (CIS), como unidade autônoma (art. 2º - 9). No art. 34, define entre outras competências do CIS, a de propor a formulação da Política de Informações e Informática do setor saúde. Na Portaria nº 415 de 24 de agosto de 1987 (D.O. 25.08.87) de aprovação do Regimento Interno da Secretaria Nacional de Ações Básicas, o Serviço de

Desenvolvimento de Sistemas de Informação fica sob a responsabilidade da Divisão Nacional de Estudos Epidemiológicos.

Após a reforma administrativa no setor saúde realizada em 1990, que transferiu do Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS para o Ministério da Saúde a tutoria das questões relativas à assistência médica, hospitalar e ambulatorial, e extinguiu a FSESP e a SUCAM, criando como entidade sucessora a Fundação Nacional de Saúde - FNS, houve um redimensionamento da área de informação em saúde.

Foram instituídos, como consequência, o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, com a missão de informatizar o SUS, coletar e disseminar informações visando apoiar a gestão da saúde no país; e o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, com o objetivo de coletar e disseminar dados sobre mortalidade infantil, nascidos vivos, notificações e agravos de doenças. O DATASUS e o CENEPI fazem parte da FNS/MS, que congrega bancos de dados também ligados às Divisões de Saneamento e de Planejamento desta mesma entidade.

As ações de documentação foram conduzidas pelo Centro de Documentação do MS (Cf. Portaria nº 48 já citada) que incluía Biblioteca e Serviço de Intercâmbio Científico até a publicação da Portaria de nº 413 de 21 de agosto de 1987, já citada, quando, o Centro de Documentação - CD passou a conter as Divisões de Biblioteca - DIBIB; de Intercâmbio Científico - DINCI e de Editoração Técnica e Científica - DEDIC.

Quanto à educação em saúde, conforme consta nos documentos disponíveis no Ministério, verifica-se que suas ações eram desenvolvidas em nível nacional pela Divisão Nacional de Educação em Saúde - DNES e nos estados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Em 1989, as Diretrizes de Ação Educativa em Saúde foram elaboradas com o objetivo de assegurar uma concepção metodológica de ação participativa em conformidade com os princípios do SUS.

Contudo, como resultado da reforma administrativa, ocorrida no MS em 1990, a DNES foi extinta, o que ocasionou uma ruptura das ações empreendidas nos estados, provocando uma desestruturação da área. A Coordenação de Educação em Saúde - COESA, vinculada à SAS, então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde - SNAS, passou a ser o órgão de referência para as questões de educação em saúde no MS. Como estratégia para resgate das experiências existentes e avaliação das iniciativas na área, foi realizado o Seminário Internacional de Educação para a Saúde, em Brasília-DF, que reuniu consultores do Brasil, Colômbia, Argentina, México e Estados Unidos.

A Coordenação de Educação em Saúde - COESA, na ocasião, elaborou um documento - Plano Estratégico de Educação para a Saúde - com as diretrizes gerais de uma concepção de educação em saúde, baseada nas práticas educativas do setor, e que apontava os seguintes entraves:

- verticalidade das ações;
- descontinuidade dos programas;
- predominância do enfoque biológico e mecanicista;
- desarticulação dos saberes (técnico e popular);
- redução da ação educativa à veiculação de campanhas publicitárias e massificação de informações sem criar mecanismos de retorno;
- projetos e programas de saúde organizados à margem da população e sem a sua participação;
- ausência de uma unidade conceitual, configurando “equívocos em torno dos conceitos de informação, promoção, comunicação, divulgação, os quais são geralmente assimilados como educação”

Este diagnóstico forneceu subsídios para uma proposta pedagógica de Educação para Participação em Saúde, tendo como instrumento metodológico a Didática de Apropriação do Conhecimento que concebe a educação como processo, privilegia a relação dialógica entre os saberes popular e científico, fundamenta-se na ação-reflexão-ação, possibilita a participação e a organização das comunidades, e oportuniza o compromisso dos indivíduos com o desenvolvimento.

A operacionalização deste modelo pedagógico, iniciada pela COESA nos anos de 1991 e 1992, por meio da realização de oficinas de trabalho para a formação de multiplicadores na DACO, teve o objetivo de compor um núcleo difusor da concepção da Educação para a Participação em Saúde.

Com a extinção da COESA, em 1992, verificou-se uma nova ruptura nas ações de educação em saúde no MS, que passou a não mais dispor, na sua estrutura administrativo-organizacional, de um

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudanças – inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS – têm sido esboçadas ao longo do tempo, traduzidas, entre outras, nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Essas iniciativas, entretanto, apresentam avanços e retrocessos e seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover mudanças significativas no modelo assistencial.

Nessa perspectiva, surgem situações contraditórias para estados e municípios, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo.

Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Acerca desses aspectos, o Ministério da Saúde reafirma positivamente os valores que fundamentam as ações do PSF, entendendo-o como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.

Outro equívoco – que merece negativa – é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.

Objetivos

Geral

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Específicos

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social

Diretrizes Operacionais

As diretrizes a serem seguidas para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais.

Caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização

A unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados.

Corresponde aos estabelecimentos denominados, segundo classificação do Ministério da Saúde, como Centros de Saúde. Os estabelecimentos denominados Postos de Saúde poderão estar sob a responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de Saúde da Família. Unidade de Saúde da Família caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde. Não significa a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.

Adscrição da clientela

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abran-

- Encaminhar o projeto para parecer da Secretaria Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite.
- Selecionar e contratar os profissionais que comporão a equipe de Saúde da Família.
- Promover, com apoio da Secretaria Estadual de Saúde, a capacitação das equipes de saúde.
- Implantar o sistema de informações e avaliação da estratégia de Saúde da Família.
- Acompanhar e avaliar sistematicamente o desempenho das unidades de Saúde da Família.
- Inserir o financiamento das ações das unidades de Saúde da Família na programação ambulatorial do município, definindo a contrapartida municipal.
- Garantir a infraestrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da estratégia de Saúde da Família.
- Definir os serviços responsáveis pela referência e contra referência das unidades de Saúde da Família.

Etapas de Implantação do PSF

A implantação da estratégia de Saúde da Família é operacionalizada no município, com a coparticipação do nível estadual. O processo possui várias etapas, não necessariamente sequenciais, ou seja, podem ser realizadas de forma simultânea, de acordo com as diferentes realidades dos sistemas municipais de saúde. Para melhor compreensão dos vários passos que envolvem a implantação do PSF nos municípios, estas etapas serão descritas separadamente, a seguir.

Sensibilização e Divulgação

Considerada como a primeira etapa de discussão dos princípios e diretrizes da estratégia de Saúde da Família e suas bases operacionais, visa disseminar as ideias centrais da proposta. É fundamental que os gestores, profissionais de saúde e a população possam compreender que Saúde da Família é uma proposta com grande potencial para transformar a forma de prestação da assistência básica, de acordo com as diretrizes operacionais e os aspectos de reorganização das práticas de trabalho, já amplamente abordadas neste manual. O trabalho de sensibilização e divulgação envolve desde a clareza na definição do público a ser atingido até a mensagem a ser veiculada. Para tanto, podem ser programadas sessões de abrangência regional/estadual/local, com o objetivo de constituir as alianças e as articulações necessárias ao pleno desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família.

Nesse sentido, alguns aspectos devem ser salientados:

- Ênfase na missão da estratégia de Saúde da Família enquanto proposta de reorganização do modelo assistencial.
- Utilização de diferentes canais de comunicação, informação e mobilização, como associações de prefeitos, de secretários municipais de saúde, entidades da sociedade civil, escolas, sindicatos, associações comunitárias, etc., bem como identificação de possíveis aliados ao processo de implantação/implementação da estratégia de Saúde da Família.
- Utilização dos meios de comunicação de massa como espaços privilegiados para a disseminação da proposta e divulgação de experiências bem sucedidas - que funcionam como fator mobilizador para adesão à proposta.

- Envolvimento das instituições formadoras de recursos humanos para o SUS, uma vez que Saúde da Família significa a criação de um novo mercado de trabalho que requer profissionais com perfil adequado a essa nova prática de trabalho.
- Ênfase na comunicação, informação e sensibilização junto aos profissionais de saúde

Adesão

a) Município

Estar habilitado em alguma condição de gestão (NOB/93 ou NOB/96) é critério básico para a implantação da estratégia de Saúde da Família. O município que decide optar pelo PSF, enquanto estratégia de reorientação do seu modelo de atenção básica, deve elaborar projeto para implantação da(s) equipe(s) nas unidades básicas de saúde, sempre observando os elementos fundamentais do modelo de Saúde da Família. Esse projeto deve ser posteriormente submetido à apreciação do Conselho Municipal de Saúde; sendo aprovado, deve ser encaminhado pelo gestor municipal à Secretaria de Estado da Saúde, que irá analisá-lo e submetê-lo à apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Considerado apto nesse nível, será realizado o cadastramento das unidades de Saúde da Família, segundo regulamentação da Norma Operacional Básica em vigência.

b) Estado

A Secretaria de Estado da Saúde submete sua proposta de adoção da estratégia de Saúde da Família à apreciação e aprovação da Comissão Intergestores Bipartite. Para viabilização da proposta, devem ser pactuadas as estratégias de apoio técnico aos municípios, bem como a inclusão de seu financiamento na programação dos tetos financeiros dos estados e municípios. Cabe à instância de gestão estadual assumir, através de assessorias às atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação das unidades de Saúde da Família, a corresponsabilidade pela implantação da estratégia de Saúde da Família, bem como o processo de capacitação e educação continuada dos profissionais envolvidos.

Recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos

A partir da definição da composição de suas equipes, o município deve planejar e executar o processo de recrutamento e seleção dos profissionais, contando com a assessoria da Secretaria de Estado e ou instituição de formação de recursos humanos. Como todo processo seletivo, deve ser dada atenção a identificação do perfil profissional não apenas em termos de exigências legais, mas de proximidade com o campo de atuação específico do PSF. Os critérios para identificação dessas habilidades devem ser justos e apresentar aos candidatos boa comunicabilidade e compreensibilidade.

Existem várias formas de seleção que podem ser utilizadas, isoladamente ou associadas, entre elas:

- Prova escrita ou de múltipla escolha, contemplando o aspecto de assistência integral à família (do recém-nascido ao idoso), com enfoque epidemiológico.
- Prova prática de atendimento integral à saúde familiar e comunitária.
- Prova teórico-prática de descrição do atendimento a uma situação simulada.
- Entrevista, com caráter classificatório, visando a seleção de profissionais com perfil adequado.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II. - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III. - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV. - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V. - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI. - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII. Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII. - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX. - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contra referência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI. - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII. - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII. - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV. - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV. - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II. - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III. - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV. - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V. - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII. - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII. - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX. - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X. - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI. - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

9 - (TRT REGIÃO SÃO PAULO- TÉCNICO EM ENFERMAGEM- FCC-2018) NO pós-operatório imediato de uma colaboradora que foi submetida a uma intervenção de colecistectomia, e já se encontra com respiração espontânea e sem sonda vesical, a assistência prestada pelo técnico de enfermagem inclui verificar e comunicar ao enfermeiro sinais e sintomas associados a seguinte alteração:

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

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

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

11 - (PREF. PAULISTA-PE- ASSISTENTE DE SAÚDE - TÉCNICO DE ENFERMAGEM- UPENET/UPE-2018) Sobre as doenças cardiovasculares, analise as afirmativas abaixo:

- I. A Aterosclerose é uma doença arterial complexa, na qual deposição de colesterol, inflamação e formação de trombo desempenham papéis importantes.
- II. A Angina é a expressão clínica mais frequente da isquemia miocárdica; é desencadeada pela atividade física e aliviada pelo repouso.
- III. O Infarto Agudo do Miocárdio é avaliado, apenas, por métodos clínicos e eletrocardiográficos.

Está(ão) CORRETA(S)

- (A) I e II, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I, II e III.
- (E) III, apenas

12 - (PREF. PAULISTA/PE- ASSISTENTE DE SAÚDE - TÉCNICO DE ENFERMAGEM- UPENET/UPE-2018) O paciente cirúrgico recebe assistência de enfermagem nos períodos pré, trans e pós-operatório. Sobre o período pré-operatório e pós-operatório, analise as afirmativas abaixo:

I. O preparo pré-operatório, mediante utilização dos instrumentos de observação e avaliação das necessidades individuais, objetiva identificar alterações físicas e emocionais do paciente, pois estas podem interferir nas condições para o ato cirúrgico, comprometendo o bom êxito da cirurgia ou, até mesmo, provocar sua suspensão.

II. São fatores físicos que podem diminuir o risco operatório tabagismo, desnutrição, obesidade, faixa etária elevada, hipertensão arterial.

III. No pós-operatório, os objetivos do atendimento ao paciente são identificar, prevenir e tratar os problemas comuns aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, tais como dor, náuseas, vômitos, retenção urinária, com a finalidade de restabelecer o seu equilíbrio.

IV. No pós-operatório, aos pacientes submetidos à anestesia geral recomenda-se o decúbito ventral horizontal sem travesseiro, com a cabeça lateralizada para evitar aspiração de vômito.

Estão CORRETAS

- (A) I e II, apenas.
- (B) I e III, apenas
- (C) II e III, apenas
- (D) I, II, III e IV.
- (E) I e IV, apenas

13 - (PREF. PAULISTA-PE- ASSISTENTE DE SAÚDE - TÉCNICO DE ENFERMAGEM- UPENET/UPE-2018) Prescrever e administrar um medicamento não são um ato simples, pois exigem responsabilidade, conhecimentos em geral e, principalmente, os cuidados inerentes à enfermagem. Sobre isso, analise as afirmações abaixo:

I. Na administração por via sublingual, é importante oferecer água ao paciente, para facilitar a absorção do medicamento.

II. A vantagem da via parenteral consiste na absorção e ação rápida do medicamento, e o medicamento não sofre ação do suco gástrico.

III. A via intradérmica é considerada uma via diagnóstica, pois se presta aos testes diagnósticos e testes alérgicos.

IV. Hipodermoclise é uma infusão de fluidos no tecido subcutâneo para a correção de distúrbio hidroeletrólítico.

Somente está CORRETO o que se afirma em

- (A) I e II.
- (B) I, II e III
- (C) II, III e IV
- (D) I e IV..
- (E) I e III

14 - PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO-MA- TÉCNICO EM ENFERMAGEM- INST. MACHADO DE ASSIS- 2018). Assinale a alternativa que apresenta apenas artigos médico hospitalares classificados como não-críticos:

- (A) Espéculo nasal e bisturi.
- (B) Termômetro e cubas.
- (C) Ambu e mamadeiras.
- (D) Inaladores e tecido para procedimento cirúrgico.