



PIRITIBA - BA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRITIBA - BAHIA

Técnico de Enfermagem

EDITAL DE INSCRIÇÃO Nº 001/2024

CÓD: SL-137AB-24
7908433253266

Língua Portuguesa

1. Texto e textualidade.....	9
2. Mecanismos de coesão e coerência. relações entre ideias e recursos de coesão	10
3. Interpretação de texto de diversos gêneros: informações literais e inferências possíveis	11
4. ponto de vista do autor.....	13
5. significação contextual de palavras e expressões; Sinonímia, antonímia, paronímia, homonímia.....	14
6. figuras de linguagem e de estilo	14
7. Processos de formação de palavras	17
8. Conhecimentos linguísticos: ortografia: emprego das letras, divisão silábica, encontros vocálicos e consonantais, dígrafos ..	18
9. acentuação gráfica.....	19
10. classes de palavras: substantivos, adjetivos, artigos, numerais, pronomes, verbos, advérbios, preposições, conjunções, interjeições: conceituações, classificações, flexões, emprego, locuções.....	20
11. Sintaxe: estrutura da oração, estrutura e classificação do período, orações coordenadas e subordinadas	31
12. concordância (verbal e nominal)	34
13. regência (verbal e nominal)	35
14. crase.....	37
15. colocação de pronomes	38
16. pontuação.....	39

Conhecimentos Gerais

1. Conhecimentos sobre as diversas áreas (Linguagens, Humanas, Lógica e Ciências da Natureza)	49
2. Atualidades e cenário político e social do Brasil e do Mundo.....	50

Ciências Humanas (História, Geografia e Atualidades)

1. As sociedades da antiguidade oriental e ocidental.....	57
2. O Brasil no quadro do sistema colonial português	61
3. A fundação da cidade do Salvador.....	62
4. A presença francesa e holandesa no Brasil.....	62
5. As Revoluções Inglesa e Francesa	68
6. A Chegada da corte portuguesa no Brasil	70
7. A Inconfidência Mineira e a Conjuração Baiana	70
8. Revolução Industrial	71
9. A organização do Estado Brasileiro: Primeiro Império. Período Regencial	74
10. Segundo Império. a Guerra do Paraguai	78
11. O Brasil da monarquia à República	81
12. Primeira Grande Guerra.....	96
13. Era Vargas.....	98
14. Segunda Guerra Mundial	100
15. Globalização e antiglobalização	104

ÍNDICE

16. A questão ambiental.....	105
17. O planeta Terra: estrutura, movimentos.....	106
18. Os climas, os solos, a vegetação e a hidrografia brasileiras.....	108
19. As questões ambientais na contemporaneidade.....	113
20. As transformações geopolíticas do espaço mundial: o novo mapa do mundo.....	113
21. Migração: tipos. A organização do espaço brasileiro.....	115
22. O Nordeste: povoamento, colonização e contrastes no uso da terra.....	115
23. o Nordeste brasileiro no contexto atual.....	116
24. A Bahia no contexto da região Nordeste.....	117
25. A questão ambiental no Brasil: as atividades econômicas e os impactos ambientais no meio urbano e rural.....	117
26. Guerra na Ucrânia.....	118
27. Guerras no Oriente Médio.....	118
28. Atualidades políticas nacional e mundial.....	119

Ciências

1. A composição elementar e imediata da célula e níveis de organização celular. Aspectos básicos da estrutura celular. Organismos unicelulares e pluricelulares.....	125
2. A classificação dos seres vivos.....	127
3. A classificação em cinco reinos e suas características.....	133
4. Cladogramas.....	178
5. Os processos assexuais: estratégias naturais de “clonagem”.....	179
6. A reprodução sexuada e a explosão da variabilidade.....	179
7. Os mecanismos básicos da reprodução sexuada.....	180
8. A reprodução humana: A origem das espécies na concepção de Darwin. Genética Mendeliana.....	180
9. A biosfera, a grande teia da vida: Populações. Comunidades.....	183
10. Ecossistemas.....	183
11. Sistema solar.....	189
12. A reciclagem da matéria.....	192
13. Poluição.....	200
14. Produção de organismos.....	203
15. Transgênicos.....	203
16. Manipulação de embriões humanos.....	204
17. O Homem e as doenças: As epidemias, as endemias no Brasil, Pandemia. Reaparecimento de epidemias e endemias.....	212
18. O corpo humano: sistemas.....	212

Conhecimentos Lógicos-matemáticos

1. Proposições. Operações e propriedades. Questões envolvendo o entendimento das estruturas lógicas de relações entre pessoas, lugares, coisas ou eventos.....	263
2. Números: Conjuntos numéricos: naturais, inteiros, racionais, irracionais, reais e complexos (forma algébrica e trigonométrica). Operações, propriedades e aplicações.....	265

ÍNDICE

3. Sequências numéricas, progressão aritmética e progressão geométrica	278
4. Funções elementares: 1º grau, 2º grau, modular, exponencial e logarítmica, gráficos, equações.....	279
5. Geometria plana: figuras geométricas, congruência, semelhança, perímetro e área	289
6. Geometria espacial: paralelismo, perpendicularismo entre retas e planos, áreas e volumes dos sólidos geométricos: prisma, pirâmide, cilindro, cone e esfera.....	293
7. Geometria analítica no plano: retas, circunferência e distâncias	303
8. Proporcionalidade e Finanças: Porcentagem. Acréscimos e descontos. Juros simples	308
9. Gráficos estatísticos usuais	309
10. As quatro operações	314
11. Regra de três simples. Grandezas diretamente e inversamente proporcionais.....	316
12. Equação de 1º e 2º graus.....	318
13. Sistema de equações	322
14. Raciocínio verbal.....	323
15. Raciocínio espacial. Raciocínio Temporal. Raciocínio sequencial (sequências lógicas envolvendo números, letras e figuras). Calendários	327
16. Comparações	329
17. Numeração	329
18. Contagem, medição, avaliação e quantificação	333
19. Simetria.....	339
20. Problemas sobre as quatro operações fundamentais da matemática.....	342

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986	347
2. Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987	348
3. Constituição Federal (Art. 196 ao Art. 200)	350
4. Resolução COFEN Nº 564/2017	352
5. Resolução COFEN Nº 736/2024	358
6. Lei nº 8080/1990	359
7. Lei nº 8142/1990	368
8. Conduta ética dos profissionais da área de saúde.....	368
9. Normas de biossegurança: desinfecção e uso de aparelhos; esterilização de materiais; descarte de material biológico; lavagem das mãos; uso de equipamento de proteção individual	369
10. Administração de medicamentos: via oral, via sublingual, via retal, via parenteral, venoclise, oxigenoterapia, instilação	379
11. Assistência de enfermagem a pacientes portadores de feridas	389
12. Enfermagem em clínica médica: sistemas: digestório, respiratório, endócrino, urinário; afecções cardiovasculares, hematopoiéticas, reumáticas, neurológicas, neoplásicas	390
13. Sinais vitais: técnicas de verificação de temperatura, pressão arterial, pulso, movimentos respiratórios.....	401
14. anotações de enfermagem	404
15. Código de ética dos profissionais de enfermagem	419
16. Atendimentos de urgência e emergência	419
17. Processo Saúde-doença	466

ÍNDICE

18. Promoção de Saúde: conceitos e estratégias.....	470
19. Educação em Saúde: conceitos e técnicas	483
20. Principais problemas de saúde da população e meios de intervenção	483
21. Doenças transmissíveis e não transmissíveis: conceitos e prevenção	488
22. Enfermagem no centro cirúrgico. Recuperação da anestesia. Central de material e esterilização. Atuação nos períodos pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório: Atuação durante os procedimentos cirúrgico anestésicos, materiais e equipamentos básicos que compõem as salas de cirurgia e recuperação anestésica. Rotinas de limpeza da sala de cirurgia. Uso de material estéril.....	500
23. manuseio de equipamentos: autoclaves; seladora térmica e lavadora automática ultrassônica	506
24. Noções de controle de infecção hospitalar.....	507
25. Procedimentos de enfermagem: verificação de sinais vitais	512
26. oxigenoterapia, aerosolterapia.....	512
27. curativos.....	519
28. Coleta de materiais para exames.....	520
29. Enfermagem nas situações de urgência e emergência. Conceitos de emergência e urgência. Estrutura e organização do pronto socorro. Atuação do técnico de enfermagem em situações de choque, parada cardiorrespiratória, politrauma, afogamento, queimadura, intoxicação, envenenamento e picada de animais peçonhentos	531
30. Política Nacional de Imunização	532
31. Controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e sexualmente transmissíveis	537
32. Atendimento aos pacientes com hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, doença renal crônica, hanseníase, tuberculose, dengue e doenças de notificações compulsórias.....	537
33. Programa de assistência integrada a saúde da criança, mulher, homem, adolescente e idoso	578
34. Princípios gerais de segurança no trabalho	657
35. Prevenção e causas dos acidentes do trabalho	668
36. Princípios de ergonomia no trabalho.....	671
37. Códigos e símbolos específicos de Saúde e Segurança no Trabalho	674

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de Estados e Municípios.

Para atingir o seu objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – do Brasil aos serviços de saúde, a Política Nacional de Saúde do Homem é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos:

Acesso e Acolhimento: objetiva reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: busca sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.

Paternidade e Cuidado: objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens com em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus(uas) filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (eus) parceiras(os).

Doenças prevalentes na população masculina: busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

Prevenção de Violências e Acidentes: visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

Novembro azul

Novembro é o mês de conscientização sobre os cuidados integrais com a saúde do homem. Saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis, doenças crônicas (diabetes, hipertensão) entre outros pontos devem ser sempre observados pela população masculina. Todos os anos, nesse período, 21 países, incluindo o Brasil, preparam campanhas sobre prevenção e diagnóstico do câncer de próstata, além de levar informações sobre a prevenção e promoção aos cuidados integrais com o cuidado da saúde masculina.

Entre as informações estão, por exemplo, dicas para manter alimentação saudável, evitar fumar e consumir bebidas alcoólicas, além de praticar atividades físicas. São atos simples que promover o bem-estar e ajudam a manter mente e corpo em perfeito funcionamento, prevenindo doenças.

No Brasil é tradição que prédios e monumentos históricos recebam iluminação azul nesta época do ano, fazendo menção ao Novembro Azul. O objetivo é chamar atenção para o movimento global, trazendo informações e conscientização sobre o que deve ser feito em prol da saúde do homem.

O Novembro Azul é uma iniciativa criada pelo Instituto Lado a Lado pela Vida. A ideia, desde o início, é promover uma mudança no conceito de ir ao médico, encorajando os homens a fazerem exames de rotina e a cuidarem da saúde constantemente.

Exames básicos de rotina na prevenção e promoção da saúde do homem:

- Pressão arterial.
- Hemograma completo.
- Testes de urina.
- Teste de fezes.
- Teste de glicemia.
- Atualização da carteira vacinal.
- Verificação do perímetro abdominal.
- Teste de IMC.

IMPORTANTE: Apesar de o Novembro Azul estar fortemente vinculado à prevenção do câncer de próstata, o Ministério da Saúde trabalha com uma visão bem mais ampliada e abrangente. A pasta aproveita a época para chamar atenção sobre os cuidados com a saúde masculina em todos os sentidos.

Mês de Valorização da Paternidade - Agosto

Promover o engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo, no acompanhamento do pré-natal, nos momentos do parto de sua parceira e nos cuidados no desenvolvimento da criança, com a possibilidade real de melhoria na qualidade de vida para todas as pessoas envolvidas e vínculos afetivos saudáveis. Esses são os principais objetivos para a criação do Mês de Valorização da Paternidade, que é celebrado anualmente em agosto.

O mês de valorização da paternidade foi instituído pelo Comitê Vida, grupo de trabalho intersetorial que integra profissionais de organizações governamentais e não-governamentais, universidades e demais pessoas e instituições interessadas. A Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH) do Ministério da Saúde apoia essa iniciativa e estimula que seja desenvolvida em todo território nacional.

A ação é baseada em um dos eixos prioritários da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: o eixo de Paternidade e Cuidado. O eixo da Paternidade e Cuidado consiste em incentivar a presença de homens acompanhando suas parceiras nas consultas de pré-natal e traz a ideia de que o acesso dos homens aos serviços de saúde para participar dessas consultas também pode ser potencializado como momento de promoção do auto cuidado e educação em saúde.

Ponto fundamental para implementação desse eixo é a estratégia pré-natal do parceiro, que tem como objetivo sensibilizar trabalhadores de saúde sobre a importância do envolvimento dos pais e futuros pais na lógica dos serviços de saúde ofertados, possibilitando que eles realizem seus exames preventivos de rotina e também façam testes rápidos de sífilis, hepatite e HIV; atualizem o cartão de vacinação; participem de atividade educativas desenvolvidas durante o pré-natal; sejam estimulados a participarem dos momentos do parto e cuidados com a criança e ao mesmo tempo exerçam uma paternidade ativa.

LEI DO ACOMPANHANTE

A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa que a ges-

Neste contexto, a construção das diretrizes da PNAISH, norteadas pela humanização e qualidade da assistência, foram elaboradas considerando os quatros elementos a seguir.

O primeiro deles pode ser compreendido por dois ângulos. Acompanhe no quadro 2.

Quadro 2 - Elementos para construção da PNAISH.

Integralidade	A busca por assegurar acesso nos diferentes níveis de saúde, sendo organizado pela dinâmica de referência e contrarreferência.
	A compreensão do indivíduo como um todo, nas suas dimensões biológica, cultural e social.
Factibilidade	A disponibilização de recursos, tecnologia, insumos e estrutura para que seja possível a implantação das ações planejadas.
Coerência	A coerência das diretrizes propostas com as demais políticas de saúde e os princípios do SUS.
Viabilidade	A implementação da política está relacionada aos três níveis de gestão, ao controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009.

Considerando estes elementos, as diretrizes foram construídas destacando-se um conjunto de ações com foco em promoção, prevenção, assistência e recuperação, nos diferentes níveis de atenção à saúde, priorizando a atenção básica e a integração das ações governamentais com as da sociedade civil organizada (SCHWARZ et al., 2012).

O desafio de promover um novo olhar na atenção à saúde do homem A PNAISH foi lançada em 2009, juntamente com o seu instrumento norteador para a construção de ações e estratégias voltadas para a saúde do homem: o Plano de Ação Nacional (PAN), triênio 2009-2011.

O PAN, elaborado também de forma participativa como a política, foi essencial no processo inicial de implementação da política ao disponibilizar uma Matriz de Planejamento que destacava a importância do aperfeiçoamento dos sistemas de informação, do monitoramento das ações e dos processos de avaliação, com o propósito de qualificar o processo de tomadas de decisão (MOURA; LIMA; URDANETA, 2012).

O PAN serviu de referência para a elaboração de Projeto-Piloto de 26 municípios e Distrito Federal selecionados pelo MS. Assim, foram elaborados 27 planos-pilotos. Até o final de 2011, 132 municípios em todo país haviam pactuado com a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH) a implantação da PNAISH por meio do repasse de recursos financeiros estabelecido por normativas do MS (GOMES, 2013).

No que tange ao quesito avaliação na PNAISH, esta tem como finalidade verificar sua efetividade por meio do cumprimento dos princípios e das diretrizes da política. Em outras palavras, significa verificar o seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina, sendo o principal item de medida utilizado até 2011, os indicadores do Pacto pela Vida (Brasil, 2009).

Desta forma, para que possamos compreender como a PNAISH chega aos serviços da AB no SUS e quais são os desafios de promover as mudanças necessárias, selecionamos dois artigos que fazem parte de dois estudos maiores intitulados: Avaliação das Ações iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (GOMES, 2011) e Fortalecimento da PNAISH: compromisso versus ação na Atenção Básica (GOMES, 2013), realizados entre 2010 e 2012.

Para coleta de dados, foram selecionadas cinco localidades, uma em cada macrorregião do país, que se constituíram em Projetos-Piloto para implantação da política em questão. São estes: Goiânia (GO), Joinville (SC), Petrolina (PE), Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ). Acompanhe a seguir mais informações sobre os estudos e seus resultados.

Esse processo de urbanização propiciou um maior acesso da população a serviços de saúde e saneamento, o que colaborou para a queda verificada na mortalidade. Possibilitou, também, um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, levando a uma significativa redução da fecundidade.

A persistir a tendência de o envelhecimento como fenômeno urbano, as projeções para o início do século XXI indicam que 82% dos idosos brasileiros estarão morando nas cidades. As regiões mais urbanizadas, como a Sudeste e o Sul, ainda oferecem melhores possibilidades de emprego, disponibilidade de serviços públicos e oportunidades de melhor alimentação, moradia e assistência médica e social.

Embora grande parte das populações ainda viva na pobreza, nos países menos desenvolvidos, certas conquistas tecnológicas da medicina moderna, verificadas nos últimos 60 anos – assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, entre outros –, favoreceram a adoção de meios capazes de prevenir ou curar muitas doenças que eram fatais até então. O conjunto dessas medidas provocou uma queda da mortalidade infantil e, conseqüentemente, um aumento da expectativa de vida ao nascer.

No Brasil, em 1900, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 40, de 39 anos; em 50, aumentou para 43,2 anos e, em 60, era de 55,9 anos. De 1960 para 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescidos vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil de 1982 (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Fundação IBGE).

De 1980 para 2000, o aumento deverá ser em torno de cinco anos, ocasião em que cada brasileiro, ao nascer, esperará viver 68 anos e meio. As projeções para o período de 2000 a 2025 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos (Kalache et al., 1987).

Paralelamente a esse aumento na expectativa de vida, tem sido observado, a partir da década de 60, um declínio acentuado da fecundidade, levando a um aumento importante da proporção de idosos na população brasileira. De 1980 a 2000, o grupo etário com 60 anos e mais de idade deverá crescer 105%; as projeções apontam para um crescimento de 130% no período de 2000 a 2025.

Mesmo que se leve em conta que uma parcela do contingente de idosos participe da atividade econômica, o crescimento deste grupo populacional afeta diretamente a razão de dependência, usualmente definida como a soma das populações jovem e idosa em relação à população economicamente ativa total. Esse coeficiente é calculado tomando por base a população de menos de 15 anos e a de 60 e mais anos de idade em relação àquela considerada em idade produtiva (situada na faixa etária dos 15 aos 59 anos de idade).

O processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho aceleraram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do País. Em 1930, dois terços da população brasileira viviam na zona rural; hoje, mais de três quartos estão em zona urbana. O emprego nas fábricas e as mais diferenciadas possibilidades de trabalho nas cidades modificaram a estrutura familiar brasileira, transformando a família extensa do campo na família nuclear urbana. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio.

A família, tradicionalmente considerada o mais efetivo sistema de apoio aos idosos, está passando por alterações decorrentes dessas mudanças conjunturais e culturais. O número crescente de divórcios e segundo ou terceiro casamento, a contínua migração dos mais jovens em busca de mercados mais promissores e o aumento no número de famílias em que a mulher exerce o papel de chefe são situações que precisam ser levadas em conta na avaliação do suporte informal aos idosos na sociedade brasileira. Essas situações geram o que se convencionou chamar de intimidade à distância, em que diferentes gerações ou mesmo pessoas de uma mesma família ocupam residências separadas.

Tem sido observada uma feminilização do envelhecimento no Brasil. O número de mulheres idosas, confrontado com o de homens de mais de 60 anos de idade, já é superior há muito tempo.

Da mesma forma, a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera aquela correspondente aos homens idosos. No Brasil, desde 1950, as mulheres têm maior esperança de vida ao nascer, sendo que a diferença está ao redor de sete anos e meio.

De outra parte, o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário. Por se tratar de uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar, o cuidado ao idoso tem sido ocultado da opinião pública, carecendo de visibilidade maior.

O apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deixa de ter um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a este grupo populacional.

Além das transformações demográficas descritas anteriormente, o Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbimortalidade. As doenças infectocontagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no País, hoje são responsáveis por menos de 10% (RADIS: “Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930-1980”). O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram responsáveis por 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de morbimortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades crônicas, próprias das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais elevados.

Essa mudança no perfil epidemiológico acarreta grandes despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas.

Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde – SUS –, em 1997, e a população estimada pelo IBGE para este mesmo ano, pode-se concluir que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos de saúde. Naquele ano, o Sistema arcou com um total de 12.715.568 de AIHs (autorizações de internações hospitalares), assim distribuídas:

Essa perda de função pode ou não levar a limitações funcionais que, por sua vez, podem gerar incapacidades, conduzindo, em última instância, à dependência da ajuda de outrem ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência no dia a dia.

Estudos populacionais revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa do tipo fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa – 10% –, requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas (Ramos, L. R. e cols., 1993). É imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas e relação às atividades de vida diária (AVDs).

Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativos para mortalidade, mais relevantes até que as próprias doenças que levaram à dependência, visto que nem todo doente torna-se dependente, conforme revelam estudos populacionais de segmentos de idosos residentes em diferentes comunidades (Ramos, L. R. e cols., 1993). No entanto, nem todo dependente perde sua autonomia e, neste sentido, a dependência mental deve ser objeto de atenção especial, na medida em que leva, com muito mais frequência, à perda de autonomia.

Doenças como depressão e demência já estão, em todo mundo, entre as principais causas de anos vividos com incapacidade, exatamente por conduzirem à perda da independência e, quase que necessariamente, à perda da autonomia.

Os custos gerados por essa dependência são tão grandes quanto o investimento de dedicar um membro da família ou um cuidador para ajudar continuamente uma pessoa que, muitas vezes, irá viver mais 10 ou 20 anos, requerendo uma atenção que, não raro, envolve leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros e sofisticados, bem como o consenso frequente de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, capaz de fazer frente à problemática multifacetada do idoso.

Dentro desse contexto é que são estabelecidas novas prioridades dirigidas a esse grupo populacional, que deverão nortear as ações em saúde nesta virada de século.

Propósito

Como se pode depreender da análise apresentada no capítulo anterior, o crescimento demográfico da população idosa brasileira exige a preparação adequada do País para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Essa preparação envolve diferentes aspectos que dizem respeito desde a adequação ambiental e o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas.

Acresce-se, por outro lado, a necessidade de a sociedade entender que o envelhecimento de sua população é uma questão que extrapola a esfera familiar e, portanto, a responsabilidade individual, para alcançar o âmbito público, neste compreendido o Estado, as organizações não governamentais e os diferentes segmentos sociais.

Nesse sentido, a presente Política Nacional de Saúde do Idoso tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua

capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Para tanto, nesta Política estão definidas as diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde, e indicadas às responsabilidades institucionais para o alcance do propósito acima explicitado. Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde do Idoso, mediante o qual deverá ser possível os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática.

A implementação desta Política compreende a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que direta ou indiretamente se relacionem com o seu objeto.

O esforço conjunto de toda a sociedade, aqui preconizado, implica o estabelecimento de uma articulação permanente que, no âmbito do SUS, envolve a construção de contínua cooperação entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Diretrizes

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso, são definidas como diretrizes essenciais:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- o apoio a estudos e pesquisas.

Promoção do Envelhecimento Saudável

O cumprimento dessa diretriz compreenderá o desenvolvimento de ações que orientem os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde.

Entre os hábitos saudáveis, deverão ser destacados, por exemplo, a alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse. Em relação aos hábitos nocivos, merecerão destaque o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação.

Tais temas serão objeto de processos educativos e informativos continuados, em todos os níveis de atuação do SUS, com a utilização dos diversos recursos e meios disponíveis, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos, bem como o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de filmes na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

Ênfase especial será dada às orientações dos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais, que favorecem quedas e que podem comprometer a capacidade funcional destas pessoas. Deverão ser garantidas aos idosos, assim como aos portadores de deficiência, condições adequadas de acesso aos espaços públicos, tais como rampas, corrimões e outros equipamentos facilitadores.

reabilitação precoce – ou “preventiva” – e corretiva, levando em conta, da melhor maneira possível, o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem.

Já no âmbito hospitalar, a assistência a esse grupo populacional deverá considerar que a idade é um indicador precário na determinação das características especiais do idoso enfermo hospitalizado.

Nesse sentido, o estado funcional constituirá o parâmetro mais fidedigno para o estabelecimento de critérios específicos de atendimento.

Assim, os pacientes classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico e que, por isso, se enquadram no conceito de vulnerabilidade. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificar esses pacientes, providenciando-lhes uma assistência diferenciada.

Essa assistência será pautada na participação de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, tais como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas e nutricionistas. Dessa forma, a disponibilidade de equipe mínima, que deve incluir obrigatoriamente um médico com formação em geriatria, de equipamentos e de serviços adequados, será pré-requisito para as instituições públicas estatais ou privadas – conveniadas ou contratadas pelo SUS –, que prestarem assistência a idosos dependentes internados.

Idosos com graves problemas de saúde, sem possibilidade de recuperação ou de recuperação prolongada, poderão demandar internação hospitalar de longa permanência; forma esta definida na Portaria N.º 2.413, editada em 23 de março de 1998. No entanto, esses pacientes deverão ser submetidos à tentativa de reabilitação antes e durante a hospitalização, evitando-se que as enfermarias sejam transformadas em locais de acomodação para pacientes idosos com problemas de saúde não resolvidos e, por conseguinte, aumentando a carga de sofrimento do próprio idoso, bem como o aumento dos custos dos serviços de saúde.

Entre os serviços alternativos à internação prolongada, deverá estar incluída, obrigatoriamente, a assistência domiciliar. A adoção de tal medida constituirá estratégia importante para diminuir o custo da internação, uma vez que assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar. O atendimento ao idoso enfermo, residente em instituições – como, por exemplo, asilos –, terá as mesmas características da assistência domiciliar. Deverá ser estimulada, por outro lado, a implantação do hospital-dia geriátrico, uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Esse serviço terá como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica – hidratação, uso de medicação endovenosa, quimioterapia e reabilitação – e de orientação para cuidadores não justificarem a permanência em hospital.

Tal medida não poderá ser encarada como justificativa para o simples aumento do tempo de internação. Contudo, a internação de idosos em UTI, em especial daqueles com idade igual ou superior a 75 anos, deverá obedecer rigorosamente os critérios adotados em todas as faixas etárias, de potencial de reversibilidade do estado clínico e não a sua gravidade, quando reconhecidamente irreversível.

A implantação de forma diferenciada de assistência ao idoso dependente será gradual, priorizando-se hospitais universitários e públicos estatais.

Uma questão que deverá ser considerada refere-se ao fato de que o idoso tem direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privados de saúde (ambulatórios, hospitais, laboratórios,

planos de saúde, entre outros), na conformidade do que estabelece a Lei N.º 8.842/94, em seu Art. 4º, inciso VIII, e o Art. 17, do Decreto N.º 1.948/96, que a regulamentou. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados – conveniados ou contratados – pelo SUS.

Na relação entre o idoso e os profissionais de saúde, um dos aspectos que deverá sempre ser observado diz respeito à possibilidade de maus-tratos, quer por parte da família, quer por parte do cuidador ou mesmo destes profissionais. É importante que o idoso saiba identificar posturas e comportamentos que significam maus-tratos, bem como os fatores de risco neles envolvidos. Esses maus-tratos podem ser por negligência – física, psicológica ou financeira –, por abuso – físico, psicológico ou financeiro – ou por violação dos direitos pessoais. O profissional de saúde, o idoso e a família, quando houver indícios de maus-tratos, deverá denunciar a sua suspeita às autoridades competentes.

Considerando que a vulnerabilidade à perda de capacidade está ligada a aspectos socioeconômicos, atenção especial deverá ser concedida aos grupos de idosos que estão envelhecendo em condições mais desfavoráveis, de que são exemplos aqueles residentes na periferia dos grandes centros urbanos e os que vivem nas zonas rurais desprovidas de recursos de saúde e assistência social, onde também se observa uma intensa migração da população jovem.

Reabilitação da capacidade funcional comprometida

As ações nesse contexto terão como foco especial a reabilitação precoce, mediante a qual buscar-se-á prevenir a evolução e recuperar a perda funcional incipiente, de modo a evitar-se que as limitações da capacidade funcional possam avançar e que aquelas limitações já avançadas possam ser amenizadas. Esse trabalho envolverá as práticas de um trabalho multiprofissional de medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, psicologia e serviço social.

Na definição e na implementação das ações, será levado em conta que, na realidade, as causas de dependência são, em sua maioria, evitáveis e, em muitos casos, reversíveis por intermédio de técnicas de reabilitação física e mental, tão mais efetivas quanto mais precocemente forem instituídas.

Além da necessidade de prevenir as doenças crônicas que acometem aos que envelhecem, procurar-se-á, acima de tudo, evitar que estas enfermidades alijem o idoso do convívio social, comprometendo sua autonomia.

No conjunto de ações que devem ser implementadas nesse âmbito, estão aquelas relacionadas à reabilitação mediante a prescrição adequada e o uso de órteses e próteses como, por exemplo, óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias e tecnologias assistivas (como andador, bengala, etc.).

Essas e as outras ações que vierem a ser definidas deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde, com vistas à detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais capazes de levar a uma grave dependência.

A detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais, potenciais causas de formas graves de dependência, integrarão as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesses níveis de atenção, e deverão ser alvo de orientação aos cuidadores dos idosos para que possam colaborar com os profissionais

- a adequação, na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas, de seus cursos de treinamento ou capacitação de profissionais que atuam nas unidades próprias, conveniadas ou sob a sua supervisão;

- a promoção da formação e o acompanhamento de grupos de autoajuda aos idosos, referentes às doenças e agravos mais comuns nesta faixa etária;

- o apoio à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior, que devem atuar de forma integrada com o SUS e os órgãos estaduais e municipal de assistência social, mediante o estabelecimento de referência e contra referência de ações e serviços para o atendimento integral de idosos e o treinamento de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, visando a capacitação contínua do pessoal de saúde nas áreas de gerência, planejamento, pesquisa e assistência ao idoso;

- o apoio à realização de estudos epidemiológicos para detecção dos agravos à saúde da população idosa, visando o desenvolvimento de sistema de informação sobre esta população, destinado a subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação;

- a promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições gerontológicas e similares, nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão.

Ministério do Trabalho e Emprego

- Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, em especial:

- a elaboração e a implementação de programas de preparo para futuros aposentados nos setores públicos e privados;

- a melhoria das condições de emprego do idoso, compreendendo: a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção do idoso na vida socioeconômica das comunidades.

Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Será estabelecida a parceria com essa Secretaria visando, entre outras:

- a melhoria de condições de habitação e moradia, além da diminuição das barreiras arquitetônicas e urbanas que dificultam ou impedem a manutenção e apoio à independência funcional do idoso;

- a promoção de ações educativas dirigidas aos agentes executores e beneficiários de programas habitacionais quanto aos riscos ambientais à capacidade funcional dos idosos.

- o estabelecimento de previsão e a instalação de equipamentos comunitários públicos voltados ao atendimento da população idosa previamente identificada, residentes na área de abrangência dos empreendimentos habitacionais respectivos;

- a promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção, tais como elevatórias para acesso aos ônibus na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus.

Ministério da Justiça

Com esse Ministério, a parceria terá por finalidade a promoção e a defesa dos direitos da pessoa idosa, no tocante às questões de saúde, mediante o acompanhamento da aplicação das disposições contidas na Lei N.º 8.842/94 e seu regulamento (Decreto N.º 1.948/96).

Ministério do Esporte e Turismo

Essa parceria buscará, em especial, a elaboração, a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de exercícios físicos destinados às pessoas idosas, bem como de turismo que propiciem a saúde física e mental deste grupo populacional.

Ministério da Ciência e Tecnologia

Buscar-se-á, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq –, o fomento à pesquisa na área de geriatria e gerontologia contemplando, preferencialmente, as linhas de estudo definidas nesta Política.

Responsabilidades do Gestor Federal – Ministério da Saúde

- Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política Nacional de Saúde do Idoso, bem como os planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

- Promover a revisão e o aprimoramento das normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares (Portaria 810/89).

- Elaborar e acompanhar o cumprimento de normas relativas aos serviços geriátricos hospitalares.

- Designar e apoiar os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior envolvidos na capacitação de recursos humanos em saúde do idoso e ou na produção de material científico, bem como em pesquisa nas áreas prioritárias do envelhecimento e da atenção a este grupo populacional.

- Apoiar estudos e pesquisas definidos como prioritários nesta Política visando a ampliar o conhecimento sobre o idoso e a subsidiar o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política.

- Promover a cooperação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com os Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia com vistas à capacitação de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

- Promover a inclusão da geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos.

- Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde do idoso.

- Estimular e apoiar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto desta Política.

- Promover a disseminação de informações técnico-científicas e de experiências exitosas referentes à saúde do idoso.

- Promover a capacitação de recursos humanos para a implementação desta Política.

- Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte dos idosos, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos educativos permanentes.

- Apoiar estados e municípios, a partir da análise de tendências, no desencadeamento de medidas visando a eliminação ou o controle de fatores de risco detectados.

- Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários à recuperação e à reabilitação do idoso.

- Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS.

- Estimular a formação de grupos de autoajuda e de convivência, de forma integrada com outras instituições que atuam nesse contexto.

- Estimular a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – hospital dia, centro-dia – de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços alternativos para o idoso.