

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EBSERH

Enfermeiro

Edital Nº 3 – EBSERH – Área Assistencial, de 22 De Março De 2018

MR121-2018

DADOS DA OBRA

Título da obra: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Cargo: Enfermeiro

(Baseado no Edital Nº 3 – Ebserh – Área Assistencial, De 22 De Março De 2018)

- Língua Portuguesa
- Legislação Aplicada à EBSEH
 - Raciocínio-Lógico
- Legislação Aplicada ao SUS
- Conhecimentos Específicos

Gestão de Conteúdos

Emanuela Amaral de Souza

Diagramação/ Editoração Eletrônica

Elaine Cristina
Igor de Oliveira
Camila Lopes
Thais Regis

Produção Editorial

Suelen Domenica Pereira
Júlia Antoneli

Capa

Joel Ferreira dos Santos

SUMÁRIO

Língua Portuguesa

1 Compreensão e interpretação de textos de gêneros variados.	83
2 Reconhecimento de tipos e gêneros textuais.	86
3 Domínio da ortografia oficial.	44
4 Domínio dos mecanismos de coesão textual.	86
4.1 Emprego de elementos de referência, substituição e repetição, de conectores e de outros elementos de sequência textual.	86
4.2 Emprego de tempos e modos verbais.	86
5 Domínio da estrutura morfosintática do período.	63
5.1 Emprego das classes de palavras.	07
5.2 Relações de coordenação entre orações e entre termos da oração.	63
5.3 Relações de subordinação entre orações e entre termos da oração.	63
5.4 Emprego dos sinais de pontuação.	50
5.5 Concordância verbal e nominal.	52
5.6 Regência verbal e nominal.	58
5.7 Emprego do sinal indicativo de crase.	71
5.8 Colocação dos pronomes átonos.	74
6 Reescrita de frases e parágrafos do texto.	88
6.1 Significação das palavras.	76
6.2 Substituição de palavras ou de trechos de texto.	88
6.3 Reorganização da estrutura de orações e de períodos do texto.	90
6.4 Reescrita de textos de diferentes gêneros e níveis de formalidade.	88

Legislação Aplicada à EBSERH

1 Lei Federal nº 12.550/2011.	01
2 Decreto nº 7.661/2011.	05
3 Regimento Interno da EBSERH – 3ª revisão.	10
4 Código de Ética e Conduta da Ebserh – Princípios Éticos e Compromissos de Conduta – 1ª edição – 2017.	25
5 Lei nº 13.146/2015 e suas alterações (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência).	27

Raciocínio-Lógico

1 Estruturas lógicas.	01
2 Lógica de argumentação: analogias, inferências, deduções e conclusões.	09
3 Lógica sentencial (ou proposicional).	01
3.1 Proposições simples e compostas.	01
3.2 Tabelas-verdade.	01
3.3 Equivalências.	19
3.4 Leis de De Morgan.	23
3.5 Diagramas lógicos.	13
4 Lógica de primeira ordem.	13
5 Princípios de contagem e probabilidade.	30
6 Operações com conjuntos.	37
7 Raciocínio lógico envolvendo problemas aritméticos, geométricos e matriciais.	42

SUMÁRIO

Legislação Aplicada ao SUS

1 Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal.	01
2 Controle social no SUS.	03
3 Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.	04
4 Constituição Federal, artigos de 194 a 200.	07
5 Lei nº 8.080/1990 10	
Lei nº 8.142/1990 19	
Decreto Presidencial nº 7.508/2011. 20	
6 Determinantes sociais da saúde. 24	
7 Sistemas de informação em saúde. 25	

Conhecimentos Específicos

1 Sistema Único de Saúde (SUS). 01	
1.1 Princípios, diretrizes, estrutura e organização. 01	
1.2 Políticas de saúde. 01	
1.3 Estrutura e funcionamento das instituições e suas relações com os serviços de saúde. 01	
1.4 Níveis progressivos de assistência à saúde. 01	
1.5 Políticas públicas do SUS para gestão de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos. 01	
1.6 Sistema de planejamento do SUS. 01	
1.6.1 Planejamento estratégico e normativo. 01	
1.7 Direitos dos usuários do SUS. 01	
1.8 Participação e controle social. 01	
1.9 Ações e programas do SUS. 01	
1.10 Legislação básica do SUS. 01	
2 Vigilância epidemiológica e vigilância em saúde. 1	
2.1 Programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis prevalentes no cenário epidemiológico brasileiro 11	
2.2 Doenças e agravos não-transmissíveis. 11	
2.3 Programa Nacional de Imunizações. 11	
3 Modalidades assistenciais. 47	
3.1 Hospital-dia, assistência domiciliar, trabalho de grupo. 47	
3.2 Prática de enfermagem na comunidade. 47	
3.2.1 Cuidado de saúde familiar. 47	
3.3 Estratégia da saúde da família. 47	
4 Teorias e processo de enfermagem. 64	
4.1 Taxonomias de diagnósticos de enfermagem. 64	
5 Assistência de enfermagem ao adulto portador de transtorno mental. 69	
5.1 Unidades de atenção à saúde mental. 69	
5.1.1 Ambulatório de saúde mental, centro de atenção psicossocial e hospital psiquiátrico. 69	
5.2 Instrumentos de intervenção de enfermagem em saúde mental. 69	
5.2.1 Relacionamento interpessoal, comunicação terapêutica, psicopatologias, psicofarmacologia. 69	
6 Assistência de enfermagem em gerontologia. 78	
7 Assistência de enfermagem ao paciente oncológico nas diferentes fases da doença e tratamentos. 79	
7.1 Quimioterapia, radioterapia e cirurgias. 79	
8 Procedimentos técnicos em enfermagem. 80	
9 Assistência de enfermagem perioperatória. 101	
10 Assistência de enfermagem a pacientes com alterações da função cardiovascular e circulatória. 113	
10.1 Digestiva e gastrointestinal. 113	
10.2 Metabólica e endócrina. 113	
10.3 Renal e do trato urinário. 113	

10.4 Reprodutiva.....	113
10.5 Tegumentar.	113
10.6 Neurológica.	113
10.7 Músculo esquelético.	113
11 Assistência de enfermagem aplicada à saúde sexual e reprodutiva da mulher com ênfase nas ações de baixa e média complexidade.....	118
12 Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera.....	130
13 Assistência de enfermagem ao recém-nascido.....	144
13.1 Modelos de atenção ao recém-nascido que compõem o programa de humanização no pré-natal e nascimento...	144
14 Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa e na prevenção e tratamento de ginecopatias.....	144
15 Assistência de enfermagem à criança sadia.	156
15.1 Crescimento, desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação.....	156
15.2 Cuidado nas doenças prevalentes na infância (diarreicas e respiratórias).....	156
16 Atendimento a pacientes em situações de urgência e emergência.....	161
16.1 Estrutura organizacional do serviço de emergência hospitalar e pré-hospitalar.....	161
16.2 Suporte básico de vida em emergências.....	161
16.3 Emergências relacionadas a doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e psiquiátricas.....	161
16.4 Atendimento inicial ao politraumatizado.....	161
16.5 Atendimento na parada cardiorrespiratória.....	161
16.6 Assistência de enfermagem ao paciente crítico com distúrbios hidroeletrólíticos, ácido-básicos, insuficiência respiratória e ventilação mecânica.	161
16.6.1 Insuficiência renal e métodos dialíticos.	161
16.6.2 Insuficiência hepática.	161
16.6.3 Avaliação de consciência no paciente em coma.	161
16.7 Doação, captação e transplante de órgãos.....	161
16.8 Enfermagem em urgências.....	161
16.8.1 Violência, abuso de drogas, intoxicações, emergências ambientais.....	161
17 Gerenciamento de enfermagem em serviços de saúde.....	198
17.1 Gerenciamento de recursos humanos.	198
17.1.1 Dimensionamento, recrutamento e seleção, educação continuada, avaliação de desempenho, liderança, supervisão, comunicação, relações de trabalho e processo grupal.....	198
17.2 Avaliação da qualidade nos processos de trabalho.....	198
17.2.1 Custos, auditoria, acreditação.....	198
17.3 Processo de trabalho de gerenciamento em enfermagem.....	198
18 Atuação da enfermagem em procedimentos e métodos diagnósticos.....	207
19 Agravos à saúde relacionados ao trabalho.....	209
20 Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.....	209
21 Pressupostos teóricos e metodológicos da pesquisa em saúde e enfermagem.	214
22 Central de material e esterilização.....	214
22.1 Processamento de produtos para saúde.....	214
22.2 Processos de esterilização de produtos para saúde.....	214
22.3 Controle de qualidade e validação dos processos de esterilização de produtos para saúde.....	214
23 Práticas de biossegurança aplicadas ao processo de cuidar.....	229
23.1 Risco biológico e medidas de precauções básicas para a segurança individual e coletiva no serviço de assistência à saúde.	229
23.2 Precaução padrão e precauções por forma de transmissão das doenças.	229
23.2.1 Definição, indicações de uso e recursos materiais.	229
23.2.2 Medidas de proteção cabíveis nas situações de risco potencial de exposição.....	229
24 Controle de infecção hospitalar.....	249
25 Código de ética dos profissionais de enfermagem.	251
25.1 Legislação em enfermagem.	251
25.2 Associações de classe e órgãos de fiscalização do exercício profissional.....	251

LÍNGUA PORTUGUESA

Letra e Fonema.....	01
Estrutura das Palavras.....	04
Classes de Palavras e suas Flexões.....	07
Ortografia.....	44
Acentuação.....	47
Pontuação.....	50
Concordância Verbal e Nominal.....	52
Regência Verbal e Nominal.....	58
Frase, oração e período.....	63
Sintaxe da Oração e do Período.....	63
Termos da Oração.....	63
Coordenação e Subordinação.....	63
Crase.....	71
Colocação Pronominal.....	74
Significado das Palavras.....	76
Interpretação Textual.....	83
Tipologia Textual.....	85
Gêneros Textuais.....	86
Coesão e Coerência.....	86
Reescrita de textos/Equivalência de Estruturas.....	88
Estrutura Textual.....	90
Redação Oficial.....	91
Funções do “que” e do “se”.....	100
Variação Linguística.....	101
O processo de comunicação e as funções da linguagem.....	103

PROF. ZENAIDE AUXILIADORA PACHEGAS BRANCO

Graduada pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Adamantina. Especialista pela Universidade Estadual Paulista – Unesp

LETRA E FONEMA

A palavra *fonologia* é formada pelos elementos gregos *fono* ("som, voz") e *log, logia* ("estudo", "conhecimento"). Significa literalmente "estudo dos sons" ou "estudo dos sons da voz". Fonologia é a parte da gramática que estuda os sons da língua quanto à sua função no sistema de comunicação linguística, quanto à sua organização e classificação. Cuida, também, de aspectos relacionados à divisão silábica, à ortografia, à acentuação, bem como da forma correta de pronunciar certas palavras. Lembrando que, cada indivíduo tem uma maneira própria de realizar estes sons no ato da fala. Particularidades na pronúncia de cada falante são estudadas pela Fonética.

Na língua falada, as palavras se constituem de **fonemas**; na língua escrita, as palavras são reproduzidas por meio de símbolos gráficos, chamados de **letras** ou **grafemas**. Dá-se o nome de fonema ao menor elemento sonoro capaz de estabelecer uma distinção de significado entre as palavras. Observe, nos exemplos a seguir, os fonemas que marcam a distinção entre os pares de palavras:

amor – ator / morro – corro / vento – cento

Cada segmento sonoro se refere a um dado da língua portuguesa que está em sua memória: a imagem acústica que você – como falante de português – guarda de cada um deles. É essa imagem acústica que constitui o fonema. Este forma os significantes dos signos linguísticos. Geralmente, aparece representado entre barras: /m/, /b/, /a/, /v/, etc.

Fonema e Letra

- O fonema não deve ser confundido com a letra. Esta **é a representação gráfica do fonema**. Na palavra *sapo*, por exemplo, a letra "s" representa o fonema /s/ (lê-se *sê*); já na palavra *brasa*, a letra "s" representa o fonema /z/ (lê-se *zê*).

- Às vezes, o mesmo fonema pode ser representado por mais de uma letra do alfabeto. É o caso do fonema /z/, que pode ser representado pelas letras z, s, x: *zebra, casamento, exílio*.

- Em alguns casos, a mesma letra pode representar mais de um fonema. A letra "x", por exemplo, pode representar:

- o fonema /sê/: *texto*
- o fonema /zê/: *exibir*
- o fonema /che/: *enxame*
- o grupo de sons /ks/: *táxi*

- O número de letras nem sempre coincide com o número de fonemas.

<i>Tóxico</i> = fonemas:	/t/ó/k/s/i/c/o/	letras:	t ó x i c o
	1 2 3 4 5 6 7		1 2 3 4 5 6

<i>Galho</i> = fonemas:	/g/a/lh/o/	letras:	g a l h o
	1 2 3 4		1 2 3 4 5

- As letras "m" e "n", em determinadas palavras, não representam fonemas. Observe os exemplos: *compra, conta*. Nestas palavras, "m" e "n" indicam a nasalização das vogais que as antecedem: /õ/. Veja ainda: *nave*: o /n/ é um fonema; *dança*: o "n" não é um fonema; o fonema é /ã/, representado na escrita pelas letras "a" e "n".

- A letra h, ao iniciar uma palavra, não representa fonema.

<i>Hoje</i> = fonemas:	ho /j/ e /	letras:	h o j e
	1 2 3		1 2 3 4

Classificação dos Fonemas

Os fonemas da língua portuguesa são classificados em:

1) Vogais

As vogais são os fonemas sonoros produzidos por uma corrente de ar que passa livremente pela boca. Em nossa língua, desempenham o papel de núcleo das sílabas. Isso significa que em toda sílaba há, necessariamente, uma única vogal.

Na produção de vogais, a boca fica aberta ou entreaberta. As vogais podem ser:

- **Orais**: quando o ar sai apenas pela boca: /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.

- **Nasais**: quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais.

/ã/: *fã, canto, tampa*

/ẽ/: *dente, tempero*

/ĩ/: *lindo, mim*

/õ/: *bonde, tombo*

/ũ/: *nunca, algum*

- **Átonas**: pronunciadas com menor intensidade: *até, bola*.

- **Tônicas**: pronunciadas com maior intensidade: *até, bola*.

Quanto ao timbre, as vogais podem ser:

- Abertas: *pé, lata, pó*

- Fechadas: *mês, luta, amor*

- Reduzidas - Aparecem quase sempre no final das palavras: *dedo* ("dedu"), *ave* ("avi"), *gente* ("genti").

2) Semivogais

Os fonemas /i/ e /u/, algumas vezes, não são vogais. Aparecem apoiados em uma vogal, formando com ela uma só emissão de voz (uma sílaba). Neste caso, estes fonemas são chamados de *semivogais*. A diferença fundamental entre vogais e semivogais está no fato de que estas não desempenham o papel de núcleo silábico.

Observe a palavra *papai*. Ela é formada de duas sílabas: *pa - pai*. Na última sílaba, o fonema vocálico que se destaca é o "a". Ele é a vogal. O outro fonema vocálico "i" não é tão forte quanto ele. É a semivogal. Outros exemplos: *saudade, história, série*.

3) Consoantes

Para a produção das consoantes, a corrente de ar expirada pelos pulmões encontra obstáculos ao passar pela cavidade bucal, fazendo com que as consoantes sejam verdadeiros "ruídos", incapazes de atuar como núcleos silábicos. Seu nome provém justamente desse fato, pois, em português, sempre consoam ("soam com") as vogais. Exemplos: /b/, /t/, /d/, /v/, /l/, /m/, etc.

Encontros Vocálicos

Os encontros vocálicos são agrupamentos de vogais e semivogais, sem consoantes intermediárias. É importante reconhecê-los para dividir corretamente os vocábulos em sílabas. Existem três tipos de encontros: o *ditongo*, o *tritongo* e o *hiato*.

1) Ditongo

É o encontro de uma vogal e uma semivogal (ou vice-versa) numa mesma sílaba. Pode ser:

- **Crescente**: quando a semivogal vem antes da vogal: *sé-rie* (i = semivogal, e = vogal)

- **Decrescente**: quando a vogal vem antes da semivogal: *pai* (a = vogal, i = semivogal)

- **Oral**: quando o ar sai apenas pela boca: *pai*

- **Nasal**: quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais: *mãe*

2) Tritongo

É a sequência formada por uma semivogal, uma vogal e uma semivogal, sempre nesta ordem, numa só sílaba. Pode ser oral ou nasal: *Paraguai* - Tritongo oral, *quão* - Tritongo nasal.

3) Hiato

É a sequência de duas vogais numa mesma palavra que pertencem a sílabas diferentes, uma vez que nunca há mais de uma vogal numa mesma sílaba: *saída* (sa-í-da), *poesia* (po-e-si-a).

Encontros Consonantais

O agrupamento de duas ou mais consoantes, sem vogal intermediária, recebe o nome de *encontro consonantal*. Existem basicamente dois tipos:

1-) os que resultam do contato consoante + "l" ou "r" e ocorrem numa mesma sílaba, como em: *pe-dra, pla-no, a-tle-ta, cri-se*.

2-) os que resultam do contato de duas consoantes pertencentes a sílabas diferentes: *por-ta, rit-mo, lis-ta*.

Há ainda grupos consonantais que surgem no início dos vocábulos; são, por isso, inseparáveis: *pneu, gno-mo, psi-có-lo-go*.

Dígrafos

De maneira geral, cada fonema é representado, na escrita, por apenas uma letra: *lixo* - Possui quatro fonemas e quatro letras.

Há, no entanto, fonemas que são representados, na escrita, por duas letras: *bicho* - Possui quatro fonemas e cinco letras.

Na palavra acima, para representar o fonema /xe/ foram utilizadas duas letras: o "c" e o "h".

Assim, o *dígrafo* ocorre quando duas letras são usadas para representar um único fonema (di = dois + grafo = letra). Em nossa língua, há um número razoável de dígrafos que convém conhecer. Podemos agrupá-los em dois tipos: consonantais e vocálicos.

RACIOCÍNIO LÓGICO

1 Conceitos básicos de raciocínio lógico: proposições; valores lógicos das proposições; sentenças abertas; número de linhas da tabela verdade; conectivos; proposições simples; proposições compostas. 2 Tautologia	01
Lógica de argumentação	09
Diagramas lógicos e lógica de primeira ordem.....	13
Equivalências	19
Leis de demorgan.....	23
Sequência lógica	26
Princípios de contagem e probabilidade	30
Operações com conjunto	37
Raciocínio lógico envolvendo problemas aritméticos, geométricos e matriciais.....	42
Porcentagem	63

PROF. EVELISE LEIKO UYEDA AKASHI

Especialista em Lean Manufacturing pela Pontifícia Universidade Católica- PUC Engenheira de Alimentos pela Universidade Estadual de Maringá – UEM. Graduanda em Matemática pelo Claretiano.

1 CONCEITOS BÁSICOS DE RACIOCÍNIO LÓGICO: PROPOSIÇÕES; VALORES LÓGICOS DAS PROPOSIÇÕES; SENTENÇAS ABERTAS; NÚMERO DE LINHAS DA TABELA VERDADE; CONECTIVOS; PROPOSIÇÕES SIMPLES; PROPOSIÇÕES COMPOSTAS. 2 TAUTOLOGIA.

Proposição

Definição: Todo o conjunto de palavras ou símbolos que exprimem um pensamento de sentido completo.

Nossa professora, bela definição!
Não entendi nada!

Vamos pensar que para ser proposição a frase tem que fazer sentido, mas não só sentido no nosso dia a dia, mas também no sentido lógico.

Para uma melhor definição dentro da lógica, para ser proposição, temos que conseguir julgar se a frase é verdadeira ou falsa.

Exemplos:

(A) A Terra é azul.

Consequimos falar se é verdadeiro ou falso? Então é uma proposição.

(B) $\sqrt{2} > 2$

Como $\sqrt{2} \approx 1,41$, então a proposição tem valor lógico falso.

Todas elas exprimem um fato.

Agora, vamos pensar em uma outra frase:

O dobro de 1 é 2?

Sim, correto?

Correto. Mas é uma proposição?

Não! Porque sentenças interrogativas, não podemos declarar se é falso ou verdadeiro.

Bruno, vá estudar.

É uma declaração imperativa, e da mesma forma, não conseguimos definir se é verdadeiro ou falso, portanto, não é proposição.

Passei!

Ahh isso é muito bom, mas infelizmente, não podemos de qualquer forma definir se é verdadeiro ou falso, porque é uma sentença exclamativa.

Vamos ver alguns princípios da lógica:

- I. Princípio da não Contradição: uma proposição não pode ser verdadeira "e" falsa ao mesmo tempo.
II. Princípio do Terceiro Excluído: toda proposição "ou" é verdadeira "ou" é falsa, isto é, verifica-se sempre um desses casos e nunca um terceiro caso.

Valor Lógico das Proposições

Definição: Chama-se valor lógico de uma proposição a verdade, se a proposição é verdadeira (V), e a falsidade, se a proposição é falsa (F).

Exemplo

p: Thiago é nutricionista.

$V(p) = V$ essa é a simbologia para indicar que o valor lógico de p é verdadeira, ou

$V(p) = F$

Basicamente, ao invés de falarmos, é verdadeiro ou falso, devemos falar tem o valor lógico verdadeiro, tem valor lógico falso.

Classificação

Proposição simples: não contém nenhuma outra proposição como parte integrante de si mesma. São geralmente designadas pelas letras latinas minúsculas p,q,r,s...

E depois da letra colocamos ":"

Exemplo:

p: Marcelo é engenheiro

q: Ricardo é estudante

Proposição composta: combinação de duas ou mais proposições. Geralmente designadas pelas letras maiúsculas P, Q, R, S,...

Exemplo:

P: Marcelo é engenheiro e Ricardo é estudante.

Q: Marcelo é engenheiro ou Ricardo é estudante.

Se quisermos indicar quais proposições simples fazem parte da proposição composta:

$P(p,q)$

Se pensarmos em gramática, teremos uma proposição composta quando tiver mais de um verbo e proposição simples, quando tiver apenas 1. Mas, lembrando que para ser proposição, temos que conseguir definir o valor lógico.

Conectivos

Agora vamos entrar no assunto mais interessante: o que liga as proposições.

Antes, estávamos vendo mais a teoria, a partir dos conectivos vem a parte prática.

Definição

Palavras que se usam para formar novas proposições, a partir de outras.

Vamos pensar assim: conectivos? Conectam alguma coisa?

Sim, vão conectar as proposições, mas cada conetivo terá um nome, vamos ver?

-Negação

extensa: não, é falso que, não é verdade que, é mentira que
símbolo: $\sim$, $\neg$

Exemplo

p: Livia é estudante.

$\sim p$: Livia não é estudante.

q: Pedro é loiro.

$\neg q$: É falso que Pedro é loiro.

r: Érica lê muitos livros.

$\sim r$: Não é verdade que Érica lê muitos livros.

s: Cecília é dentista.

$\neg s$: É mentira que Cecília é dentista.

-Conjunção

extensa: "e", "nem", "mas também", "como também", "além de (disso, disto, daquilo)", "quanto" (depois de tanto), "bem como", "mas", "porém", "todavia", "entretanto", "no entanto", "senão", "não obstante", "contudo" etc.
Símbolo: $\wedge$

Nossa, são muitas formas de se escrever com a conjunção.

Não precisa decorar todos, alguns são mais usuais: "e", "mas", "porém"

Exemplos

p: Vinícius é professor.

q: Camila é médica.

$p \wedge q$: Vinícius é professor e Camila é médica.

$p \wedge q$: Vinícius é professor, mas Camila é médica.

$p \wedge q$: Vinícius é professor, porém Camila é médica.

- Disjunção

extensa: ..ou...
símbolo: $\vee$

p: Vitor gosta de estudar.

q: Vitor gosta de trabalhar

$p \vee q$: Vitor gosta de estudar ou Vitor gosta de trabalhar.

- Disjunção Exclusiva

Extensa: Ou...ou...

Símbolo: $\vee$

p: Vitor gosta de estudar.

q: Vitor gosta de trabalhar

$p \vee q$: Ou Vitor gosta de estudar ou Vitor gosta de trabalhar.

-Condicional

Extensão: Se...,então..., É necessário que, Condição necessária

Símbolo: $\rightarrow$

Exemplos

$p \rightarrow q$: Se chove, então faz frio.

$p \rightarrow q$: É suficiente que chova para que faça frio.

$p \rightarrow q$: Chover é condição suficiente para fazer frio.

$p \rightarrow q$: É necessário que faça frio para que chova.

$p \rightarrow q$: Fazer frio é condição necessária para chover.

-Bicondicional

Extensão: se, e somente se, ...

Símbolo: $\leftrightarrow$

p: Lucas vai ao cinema

q: Danilo vai ao cinema.

$p \leftrightarrow q$: Lucas vai ao cinema se, e somente se, Danilo vai ao cinema.

Referências

ALENCAR FILHO, Edgar de – Iniciação a lógica matemática – São Paulo: Nobel – 2002.

Questões

01. (IFBAIANO – Assistente em Administração – FCM/2017) Considere que os valores lógicos de p e q são V e F, respectivamente, e avalie as proposições abaixo.

I- $p \rightarrow \sim(p \vee \sim q)$ é verdadeiro

II- $\sim p \rightarrow \sim p \wedge q$ é verdadeiro

III- $p \rightarrow q$ é falso

IV- $\sim(\sim p \vee q) \rightarrow p \wedge \sim q$ é falso

Está correto apenas o que se afirma em:

(A) I e III.

(B) I, II e III.

(C) I e IV.

(D) II e III.

(E) III e IV.

LEGISLAÇÃO APLICADA À EBSEERH

1 Lei Federal nº 12.550/2011.	01
2 Decreto nº 7.661/2011.	05
3 Regimento Interno da EBSEERH – 3ª revisão.	10
4 Código de Ética e Conduta da Ebserh – Princípios Éticos e Compromissos de Conduta – 1ª edição – 2017.	25
5 Lei nº 13.146/2015 e suas alterações (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência).....	27

1 LEI FEDERAL Nº 12.550/2011.

Autoriza o Poder Executivo a **criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH**; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

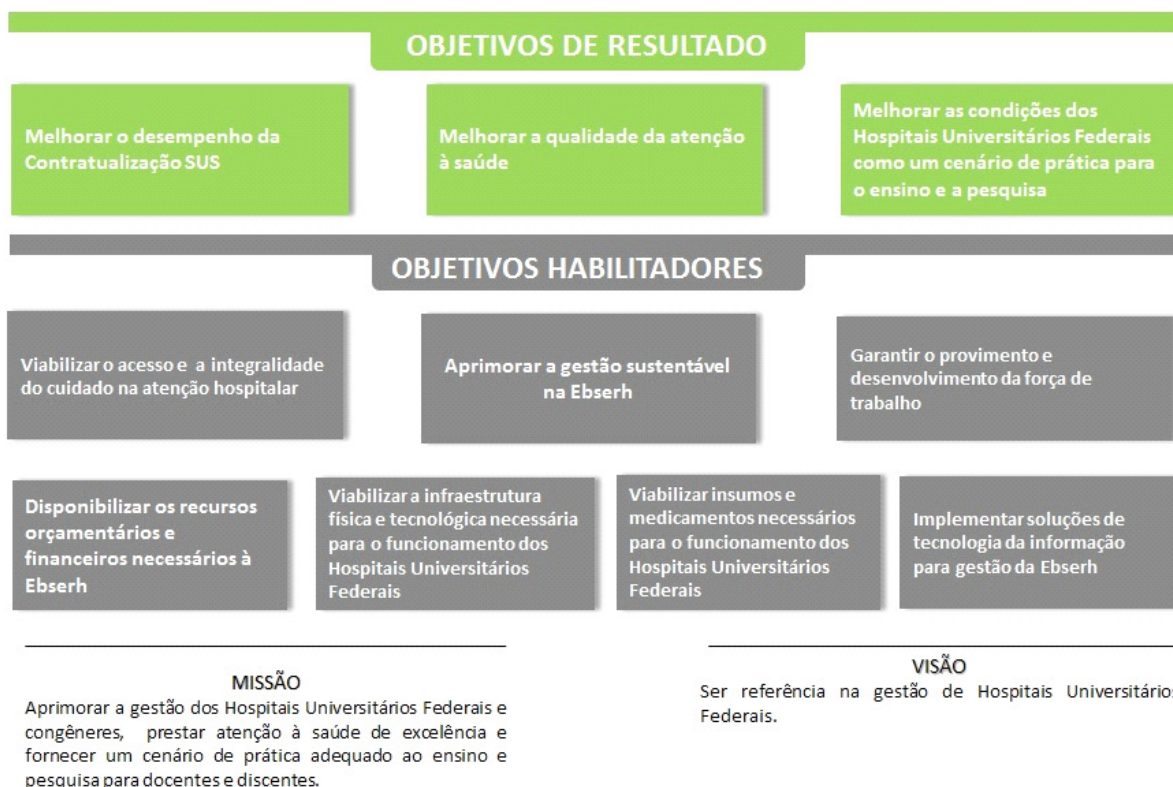
"A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) integra um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal no sentido de recuperar os hospitais vinculados às universidades federais.

Desde 2010, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), criado pelo Decreto nº 7.082, foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das unidades, com a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde.

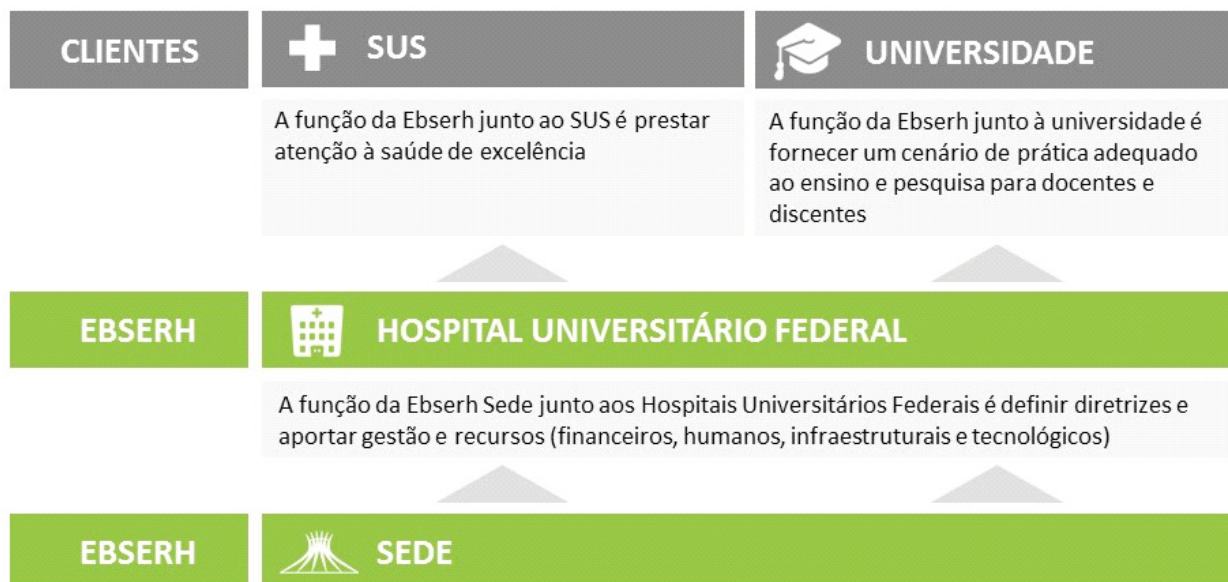
Com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de recuperação dos hospitais universitários federais, foi criada, em 2011, por meio da Lei nº 12.550, a Ebserh, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação. Com isso, a empresa passa a ser o órgão do MEC responsável pela gestão do Programa de Reestruturação e que, por meio de contrato firmado com as universidades federais que assim optarem, atuará no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais, preservando e reforçando o papel estratégico desempenhado por essas unidades de centros de formação de profissionais na área da saúde e de prestação de assistência à saúde da população integralmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)".

Os seguintes organogramas representam o mapa estratégico e o grupo de clientes atendidos pela EBSERH:

MAPA ESTRATÉGICO EBSERH 2017-2021



CLIENTES DA EBSEH



EBSEH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Ministério da
Educação

"São competências da Ebserh:

- administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, integralmente disponibilizados ao Sistema Único de Saúde;
 - prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições públicas congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em consonância com as diretrizes do Poder Executivo;
 - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições públicas congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;
 - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições públicas congêneres;
 - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas;
 - coordenar o processo de certificação dos Hospitais de Ensino de forma articulada com os Ministérios da Educação e da Saúde.
- A Ebserh possui órgãos de administração e de fiscalização e está organizada a partir da seguinte estrutura de governança:

* ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO

- Diretoria Executiva
- Conselho de Administração
- Conselho Consultivo

* ÓRGÃOS DE FISCALIZAÇÃO

- Conselho Fiscal
- Auditoria Interna"

LEGISLAÇÃO APLICADA AO SUS

1 Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal.	01
2 Controle social no SUS.	03
3 Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde.	04
4 Constituição Federal, artigos de 194 a 200.	07
5 Lei nº 8.080/1990.....	10
Lei nº 8.142/1990	19
Decreto Presidencial nº 7.508/2011.	20
6 Determinantes sociais da saúde.	24
7 Sistemas de informação em saúde.....	25

1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL.

“Todos nós, em algum momento da vida, já nos deparamos com situações que revelam a precariedade do sistema de saúde, seja por meio das grandes filas de espera nos serviços de saúde, ou até mesmo, em notícias nos jornais comentando sobre a falta de leitos hospitalares e sobre a falta de recursos financeiros para manter os serviços de saúde. Essa situação, nada mais é que uma difícil realidade do setor de saúde no nosso país.

Para que possamos entender e analisar essa realidade, é importante conhecermos os determinantes históricos que influenciaram a organização do sistema de saúde no Brasil ao longo do tempo. Com isso, você terá elementos para compreender as articulações entre os processos econômicos, políticos e as práticas de saúde no país até a criação do Sistema Único de Saúde. A seguir, você encontrará uma linha do tempo, que aponta os destaques que ocorreram na história da saúde, deste a época do Brasil colônia até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

1500-1822 Colonialismo

No Brasil colônia, não existia um sistema de saúde estruturado. A população recorria aos curandeiros ou se automedicava contando com os próprios recursos da terra, como ervas medicinais.

- O contexto econômico era marcado pelo monopólio do comércio de matérias-primas com Portugal.

- Houve um aumento significativo no número de boticários (farmacêuticos), estes eram responsáveis por manipular as fórmulas prescritas pelos médicos, porém os próprios boticários também prescreviam as fórmulas em razão da escassez de médicos na época.

1500-1822 Colonialismo

1808: Com a chegada da Família Real Portuguesa, despertou-se o interesse em relação à saúde. Dom João VI fundou, na Bahia, o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e em novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

- 1822: Independência do Brasil.

1822-1889 Império

- Em 1832, as duas escolas médico-cirúrgicas, criadas em 1808, foram transformadas em faculdades de medicina.

- De 1849 a 1850: A febre amarela se espalhou pelo Brasil, sendo responsável por inúmeras mortes. No Rio de Janeiro, atingiu 90.658 pessoas.

- Em 1850, é criada a Junta Central de Higiene Pública, com o objetivo de coordenar as Juntas Municipais e, especialmente, atuar no combate à febre amarela. Esta Junta também passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação contra varíola, fiscalização do exercício da medicina e a Inspetoria de Saúde dos Portos.

- Em 1886, a Junta Central de Higiene Pública transformou-se em Inspetoria Geral de Higiene. O raio de ação desse órgão compreendia as cidades litorâneas com destaque para o Rio de Janeiro.

- A perseguição aos curandeiros, antes tolerados aumentou significativamente a partir de 1870, quando o poder público ampliou o cerco contra as práticas e concepções populares de cura nos principais centros urbanos.

- Em 1883, Domingos Freire, nomeado presidente da Junta Central de Higiene Pública, vacinou contra a febre amarela pelo menos 12.329 habitantes do Rio de Janeiro e de outras cidades brasileiras.

1889-1930 República

O controle político permanecia na mão dos grandes proprietários (coronelismo).

- Em 1891, após a promulgação da Constituição, as atribuições relacionadas com a saúde foram transferidas para os municípios e estados. A ação do Estado em relação à saúde se restringia a medidas em relação à vida urbana. Essas medidas visavam à manutenção de um estado geral de salubridade, como a fiscalização das habitações populares, da venda de alimentos e de bebidas alcoólicas. Para o governo central restou a responsabilidade pela vigilância sanitária dos portos e pelos serviços de saúde do Distrito Federal.

- Em 1892, foi criado em São Paulo o Instituto Bacteriológico, sob direção de Adolpho Lutz, o qual dominava várias disciplinas da nova era da saúde: bacteriologia, imunologia, helmintologia (vermes), entomologia (insetos transmissores de doenças) entre outras.

- Foram criados os Institutos Soroterápicos de Butantan, em São Paulo (responsável pela produção de mais de 80% do total de soros e vacinas consumidos no Brasil), e de Manguinhos, no Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz assumiu a direção do Instituto Soroterápico, inaugurado no Rio de Janeiro em julho de 1900, embrião da atual Fundação Oswaldo Cruz. Esta fundação é hoje uma das principais referências em pesquisas e tratamento de doenças tropicais no Brasil.

- O presidente do Brasil era Rodrigues Alves. Este nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a acabar com a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Cerca de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de combate ao mosquito, vetor da febre-amarela. Porém, a falta de esclarecimentos e as medidas autoritárias cometidas pelos “guardas sanitários” causaram revolta na população. Esse modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista. Seu lema era moldado dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os principais meios de ação.

- Oswaldo Cruz com a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, instituiu a vacinação anti varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge na população uma imensa onda de revolta, que acarretou num grande movimento popular conhecido na história como a revolta da vacina.

- Apesar da grande insatisfação gerada na população, o modelo campanhista, obteve êxito no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive eliminar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro. Este modelo tornou-se o principal meio de intervenção na área da saúde coletiva durante várias décadas.

- Em meados de 1910, expedições científicas realizadas no interior brasileiro relataram o abandono das populações interioranas. Esse fato foi apontado como o principal entrave à ampliação da capacidade econômica do país e a causa de nossa inferioridade frente às nações desenvolvidas.

- Oswaldo Cruz organizou a diretoria geral de saúde pública criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, o qual foi posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz.

- Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. Nasce uma nova forma de intervenção em saúde, complementando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era essencialmente fiscal e policial.

- A classe dos operários estava cada vez mais descontente com as condições de trabalho. Isso culminou, em 24 de janeiro de 1923, na aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Esta lei deveria ser aplicada apenas aos operários urbanos. Os trabalhadores rurais não participavam dos benefícios. Essa situação mudou a partir da década de 60 com a criação do FUNRURAL.

Por meio da Lei Eloi Chaves foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). A criação de uma CAP não era automática. Dependia da mobilização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

- A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado por sua grande importância econômica para o país naquela época".

"Sistema Único de Saúde – SUS

Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a 'Saúde é direito de todos e dever do Estado'. Assim foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida.

A CF-88 e posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, intensificam debates já existentes acerca do conceito. Nesse contexto, entende-se que saúde não se limita apenas à ausência de doença, considerando, sobretudo, como qualidade de vida, decorrente de outras políticas públicas que promovam a redução de desigualdades regionais e promovam desenvolvimentos econômico e social.

Dessa maneira, o SUS, em conjunto com as demais políticas, deve atuar na promoção da saúde, prevenção de ocorrência de agravos e recuperação dos doentes. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios.

A rede que compõem o SUS é ampla e abrange tanto ações, como serviços de saúde. Ela engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Estrutura do SUS

Ministério da Saúde

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro

1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	01
1.1 Princípios, diretrizes, estrutura e organização.....	01
1.2 Políticas de saúde.....	01
1.3 Estrutura e funcionamento das instituições e suas relações com os serviços de saúde.....	01
1.4 Níveis progressivos de assistência à saúde.....	01
1.5 Políticas públicas do SUS para gestão de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos.....	01
1.6 Sistema de planejamento do SUS.....	01
1.6.1 Planejamento estratégico e normativo.....	01
1.7 Direitos dos usuários do SUS.....	01
1.8 Participação e controle social.....	01
1.9 Ações e programas do SUS.....	01
1.10 Legislação básica do SUS.....	01
2 Vigilância epidemiológica e vigilância em saúde.....	1
2.1 Programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis prevalentes no cenário epidemiológico brasileiro.....	11
2.2 Doenças e agravos não-transmissíveis.....	11
2.3 Programa Nacional de Imunizações.....	11
3 Modalidades assistenciais.....	47
3.1 Hospital-dia, assistência domiciliar, trabalho de grupo.....	47
3.2 Prática de enfermagem na comunidade.....	47
3.2.1 Cuidado de saúde familiar.....	47
3.3 Estratégia da saúde da família.....	47
4 Teorias e processo de enfermagem.....	64
4.1 Taxonomias de diagnósticos de enfermagem.....	64
5 Assistência de enfermagem ao adulto portador de transtorno mental.....	69
5.1 Unidades de atenção à saúde mental.....	69
5.1.1 Ambulatório de saúde mental, centro de atenção psicossocial e hospital psiquiátrico.....	69
5.2 Instrumentos de intervenção de enfermagem em saúde mental.....	69
5.2.1 Relacionamento interpessoal, comunicação terapêutica, psicopatologias, psicofarmacologia.....	69
6 Assistência de enfermagem em gerontologia.....	78
7 Assistência de enfermagem ao paciente oncológico nas diferentes fases da doença e tratamentos.....	79
7.1 Quimioterapia, radioterapia e cirurgias.....	79
8 Procedimentos técnicos em enfermagem.....	80
9 Assistência de enfermagem perioperatória.....	101
10 Assistência de enfermagem a pacientes com alterações da função cardiovascular e circulatória.....	113
10.1 Digestiva e gastrointestinal.....	113
10.2 Metabólica e endócrina.....	113
10.3 Renal e do trato urinário.....	113
10.4 Reprodutiva.....	113
10.5 Tegumentar.....	113
10.6 Neurológica.....	113
10.7 Músculo esquelético.....	113
11 Assistência de enfermagem aplicada à saúde sexual e reprodutiva da mulher com ênfase nas ações de baixa e média complexidade.....	118
12 Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera.....	130
13 Assistência de enfermagem ao recém-nascido.....	144
13.1 Modelos de atenção ao recém-nascido que compõem o programa de humanização no pré-natal e nascimento.....	144
14 Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa e na prevenção e tratamento de ginecopatias.....	144
15 Assistência de enfermagem à criança sadia.....	156
15.1 Crescimento, desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação.....	156
15.2 Cuidado nas doenças prevalentes na infância (diarreicas e respiratórias).....	156
16 Atendimento a pacientes em situações de urgência e emergência.....	161
16.1 Estrutura organizacional do serviço de emergência hospitalar e pré-hospitalar.....	161
16.2 Suporte básico de vida em emergências.....	161
16.3 Emergências relacionadas a doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e psiquiátricas.....	161

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro

16.4 Atendimento inicial ao politraumatizado.....	161
16.5 Atendimento na parada cardiorrespiratória.....	161
16.6 Assistência de enfermagem ao paciente crítico com distúrbios hidroeletrólitos, ácido-básicos, insuficiência respiratória e ventilação mecânica.	161
16.6.1 Insuficiência renal e métodos dialíticos.	161
16.6.2 Insuficiência hepática.	161
16.6.3 Avaliação de consciência no paciente em coma.	161
16.7 Doação, captação e transplante de órgãos.....	161
16.8 Enfermagem em urgências.....	161
16.8.1 Violência, abuso de drogas, intoxicações, emergências ambientais.....	161
17 Gerenciamento de enfermagem em serviços de saúde.....	198
17.1 Gerenciamento de recursos humanos.	198
17.1.1 Dimensionamento, recrutamento e seleção, educação continuada, avaliação de desempenho, liderança, supervisão, comunicação, relações de trabalho e processo grupal.	198
17.2 Avaliação da qualidade nos processos de trabalho.....	198
17.2.1 Custos, auditoria, acreditação.....	198
17.3 Processo de trabalho de gerenciamento em enfermagem.....	198
18 Atuação da enfermagem em procedimentos e métodos diagnósticos.....	207
19 Agravos à saúde relacionados ao trabalho.	209
20 Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.....	209
21 Pressupostos teóricos e metodológicos da pesquisa em saúde e enfermagem.	214
22 Central de material e esterilização.....	214
22.1 Processamento de produtos para saúde.....	214
22.2 Processos de esterilização de produtos para saúde.....	214
22.3 Controle de qualidade e validação dos processos de esterilização de produtos para saúde.....	214
23 Práticas de biossegurança aplicadas ao processo de cuidar.....	229
23.1 Risco biológico e medidas de precauções básicas para a segurança individual e coletiva no serviço de assistência à saúde.	229
23.2 Precaução padrão e precauções por forma de transmissão das doenças.	229
23.2.1 Definição, indicações de uso e recursos materiais.	229
23.2.2 Medidas de proteção cabíveis nas situações de risco potencial de exposição.....	229
24 Controle de infecção hospitalar.	249
25 Código de ética dos profissionais de enfermagem.	251
25.1 Legislação em enfermagem.	251
25.2 Associações de classe e órgãos de fiscalização do exercício profissional.....	251

1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

1.1 PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO. 1.2 POLÍTICAS DE SAÚDE.

1.3 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES E SUAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE. 1.4 NÍVEIS PROGRESSIVOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS PARA GESTÃO DE RECURSOS FÍSICOS, FINANCEIROS, MATERIAIS E HUMANOS. 1.6 SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS.

1.6.1 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E NORMATIVO. 1.7 DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS. 1.8 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL.

1.9 AÇÕES E PROGRAMAS DO SUS.

1.10 LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS.

Princípios do SUS: São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

Universalidade: significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

Integralidade: o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

Equidade: o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

Participação social: é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS; e

Descentralização: é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Principais leis

Constituição Federal de 1988: Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Determina ao Poder Público sua “regulamentação, fiscalização e controle”, que as ações e

os serviços da saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/1990:

Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Lei n.º 8.142/1990: Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências. Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

Responsabilização Sanitária

Desenvolver responsabilização sanitária é estabelecer claramente as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, assim como dos serviços e das equipes que compõem o SUS, possibilitando melhor planejamento, acompanhamento e complementaridade das ações e dos serviços. Os prefeitos, ao assumir suas responsabilidades, devem estimular a responsabilização junto aos gerentes e equipes, no âmbito municipal, e participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

Responsabilização Macro sanitária

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A atenção básica à saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro

- participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

Responsabilização Micro sanitária

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada pessoa. A alta só deve ocorrer quando da transferência do paciente a outra equipe (da rede básica ou de outra área especializada) e o tempo de espera para essa transferência não pode representar uma interrupção do atendimento: a equipe de referência deve prosseguir com o projeto terapêutico, interferindo, inclusive, nos critérios de acesso.

Instâncias de Pactuação

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Atua na direção nacional do SUS, formada por composição paritária de 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é, portanto regional: um representante para cada uma das cinco regiões existentes no País.

Comissões Intergestores Bipartites (CIB): São constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde costumam debater entre si os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na CIB. Os Cosems são também instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesse espaço.

Espaços regionais: A implementação de espaços regionais de pactuação, envolvendo os gestores municipais e estaduais, é uma necessidade para o aperfeiçoamento do SUS. Os espaços regionais devem-se organizar a partir das necessidades e das afinidades específicas em saúde existentes nas regiões.

Descentralização

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macro regional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Regionalização: consensos e estratégias - As ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

O Sistema Hierarquizado e Descentralizado: As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Por exemplo: O usuário é atendido de forma descentralizada, no âmbito do município ou bairro em que reside. Na hipótese de precisar ser atendido com um problema de saúde mais complexo, ele é referenciado, isto é, encaminhado para o atendimento em uma instância do SUS mais elevada, especializada. Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contra referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário.

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a sua execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. No PMS, devem ser descritos os principais problemas da saúde