Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia

HEMOBA

Técnico de Enfermagem

Edital Nº 001/2018

FV026-2018

NOVA CONCURSOS

DADOS DA OBRA

Título da obra: Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia - HEMOBA

Cargo: Técnico de Enfermagem

(Baseado no Edital Nº 001/2018)

• Língua Portuguesa
• Noções de Igualdade Racial e de Gênero
• Conhecimentos Básicos de Saúde Pública
• Conhecimentos Específicos

Gestão de Conteúdos
Emanuela Amaral de Souza

Diagramação/ Editoração Eletrônica
Elaine Cristina
Igor de Oliveira
Camila Lopes
Thais Regis

Produção Editoral
Suelen Domenica Pereira

Capa
Joel Ferreira dos Santos

NOVA CONCURSOS

SUMÁRIO

Língua Portuguesa

1. Interpretação de texto: informações literais e inferências possíveis; ponto de vista do autor; 83
Significação contextual de palavras e expressões; 76
Relações entre ideias e recursos de coesão; 86
Figuras de estilo. 76
2. Conhecimentos linguísticos: ortografia: 44
Emprego das letras, divisão silábica, ... 01
Acentuação gráfica, ... 47
Encontros vocálicos e consonantais, dígrafos; 01
Classes de palavras: substantivos, adjetivos, artigos, numerais, pronomes, verbos, advérbios, preposições, conjunções, interjeições: conceituações, classificações, flexões, emprego, locuções. 07
Sintaxe: estrutura da oração, estrutura do período, ... 63
Concordância (verbal e nominal); 52
Regência (verbal e nominal); 58
Crase, ... 71
Colocação de pronomes; 76
Pontuação. 50

Noções de Igualdade Racial e de Gênero

1. Constituição da República Federativa do Brasil (Título I - art. 1°, 2°, 3° e 4° e Título II – Capítulo I – art. 5°). 01
2. Constituição do Estado da Bahia, (Cap. XXIII "Do Negro"). 03
3. Lei federal n° 12.288, de 20 de julho de 2010 (Estatuto da Igualdade Racial). 03
4. Lei federal nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989 (Crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor) 12
5. Decreto federal n° 65.810, de 08 de dezembro de 1969 (Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial). 16
6. Decreto federal n° 4.377, de 13 de setembro de 2002 (Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher). 22
7. Lei federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). 29
8. Código Penal Brasileiro (Parte Especial. Título I, Capítulo V. Dos Crimes contra a honra. art. 138 a art. 145) 38
9. Lei federal n° 9.455, de 7 de abril de 1997 (Crime de Tortura). 40
10. Lei federal n° 2.889, de 1º de outubro de 1956 (Define e pune o Crime de Genocídio). 40
11. Lei federal nº 7.437, de 20 de dezembro de 1985 (Lei Caó) 41
12. Lei estadual n° 10.549, de 28 de dezembro de 2006 (Secretaria de Promoção da Igualdade Racial); alterada pela Lei estadual n° 12.212, de 04 de maio de 2011. 42
13. Lei federal nº 10.678, de 23 de maio de 2003, com as alterações da Lei federal nº 13.341, de 29 de setembro de 2016 (Referente à Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República). 45

SUMÁRIO

Conhecimentos Básicos de Saúde Pública

Promoção de Saúde; 01
Determinação social de doenças; 01
Planejamento Estratégico e Programação em Saúde; 01
Reforma Sanitária Brasileira; 03
Meio Ambiente e Saúde (saneamento básico, educação ambiental); 04
Sistemas de Informação em Saúde (importância e utilização). 05
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS: Legislação Básica do Sistema Único de Saúde (Constituição Federal/1988 Seção II – Da Saúde, Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990 Lei Federal nº 8.142 de 26/12/1990, NOB/96 e NOAS 01 e 02); 20
Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. 45
Princípios e Diretrizes do SUS; 49
Pacto pela Saúde 2006 e seus componentes; 53
Financiamento e Controle Social do SUS; Política Nacional de G\estão Estratégica e Participativa do SUS; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; 58
Política Nacional de Humanização; 62
Sistema de Planejamento do SUS (princípios, funcionamento e instrumentos básicos); 62
Aspectos político-organizativo da Saúde da População Negra, dos Povos Indígenas, da Criança e do Adolescente, do Idoso e da Mulher no SUS. 63

Conhecimentos Específicos

O exercício profissional de enfermagem. Equipe de saúde. Educação em saúde. 01
Assistência de enfermagem em casos de urgência e emergência. 06
Primeiros socorros. 35
Assistência à saúde mental. 35
Métodos de esterilização de materiais. 43
Administração de medicamentos: métodos e vias, posologias de drogas e soluções. Intoxicação por medicamentos. 51
Procedimentos para exames complementares. 59
Assistência de enfermagem em programas especiais: DST/AIDS, Imunizações, Hipertensão, Diabetes, Pneumologia Sanitária. 60
Saúde da criança, do adolescente e do idoso. 92
Ética Profissional. 116
Portaria de Consolidação nº 05 do Ministério da Saúde, publicada no DO de 03/10/2017, Capítulo III, Artigo 43 e Anexo IV. 122

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.

Tóxico = 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

Galho = 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.

Hoje = 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: ***a****té, bol****a***.

- ***Tônicas***: pronunciadas com maior intensidade: at**é**, b**o**la.

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.

NOVA CONCURSOS

NOÇÕES DE IGUALDADE RACIAL E DE GÊNERO

1. Constituição da República Federativa do Brasil (Título I - art. 1°, 2°, 3° e 4° e Título II – Capítulo I – art. 5°). 01
2. Constituição do Estado da Bahia, (Cap. XXIII "Do Negro"). 03
3. Lei federal n° 12.288, de 20 de julho de 2010 (Estatuto da Igualdade Racial). 03
4. Lei federal nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989 (Crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor). 12
5. Decreto federal n° 65.810, de 08 de dezembro de 1969 (Convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial). 16
6. Decreto federal n° 4.377, de 13 de setembro de 2002 (Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher). 22
7. Lei federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). 29
8. Código Penal Brasileiro (Parte Especial. Título I, Capítulo V. Dos Crimes contra a honra. art. 138 a art. 145). 38
9. Lei federal n° 9.455, de 7 de abril de 1997 (Crime de Tortura). 40
10. Lei federal n° 2.889, de 1º de outubro de 1956 (Define e pune o Crime de Genocídio). 40
11. Lei federal nº 7.437, de 20 de dezembro de 1985 (Lei Caó). 41
12. Lei estadual n° 10.549, de 28 de dezembro de 2006 (Secretaria de Promoção da Igualdade Racial); alterada pela Lei estadual n° 12.212, de 04 de maio de 2011. 42
13. Lei federal nº 10.678, de 23 de maio de 2003, com as alterações da Lei federal nº 13.341, de 29 de setembro de 2016 (Referente à Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República). 45

Prof. Ma. Bruna Pinotti Garcia Oliveira

Advogada e pesquisadora. Doutoranda em Direito, Estado e Constituição pela Universidade de Brasília – UNB. Mestre em Teoria do Direito e do Estado pelo Centro Universitário Eurípides de Marília (UNIVEM) – bolsista CAPES. Professora de curso preparatório para concursos e universitária (Universidade Federal de Goiás – UFG e Faculdade do Noroeste de Minas – FINOM). Autora de diversos trabalhos científicos publicados em revistas qualificadas, anais de eventos e livros, notadamente na área do direito eletrônico, dos direitos humanos e do direito constitucional.

1 CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (ART. 1º, 3º, 4º E 5º).

Os artigos 1º, 3º, 4º e 5º da Constituição Federal são estudados em detalhes na disciplina de direito constitucional. Dentro da disciplina de noções de igualdade racial e de gênero, o candidato é chamado a compreender como estes dispositivos do texto constitucional tratam da questão da igualdade, especialmente impulsionando à compreensão do princípio da igualdade aplicado a questões de gênero e raça. Destacamos, nos dispositivos em questão, os seguintes pontos:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

*III - a **dignidade da pessoa humana**;*

Uma vez que o Estado se baseia na dignidade da pessoa humana, não pode ser aceitado qualquer tipo de tratamento indigno, sendo que práticas discriminatórias assim o são.

*Art. 3º Constituem **objetivos fundamentais** da República Federativa do Brasil:*

*I - construir uma sociedade **livre, justa e solidária**;*

[...]

*III - erradicar a pobreza e a marginalização e **reduzir as desigualdades** sociais e regionais;*

*IV - promover o bem de todos, **sem preconceitos** de origem, **raça, sexo**, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.*

Como se percebe, ainda, o texto constitucional assegura como objetivos fundamentais da República a estruturação de um Estado livre de preconceitos e desigualdades, incluindo, de forma expressa, discriminações de raça e sexo (gênero).

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

[...]

*II - prevalência dos **direitos humanos**;*

[...]

*VIII - repúdio ao terrorismo e ao **racismo**;*

As práticas discriminatórias atentam de forma direta contra os direitos humanos e, portanto, contra um dos princípios que rege as relações internacionais do Estado brasileiro. De forma mais específica, o Estado brasileiro toma como princípio o repúdio ao racismo, o que significa que repudia práticas discriminatórias em todo o mundo, por exemplo, práticas de *apartheid*.

*Art. 5º **Todos são iguais** perante a lei, **sem distinção** de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à **igualdade**, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:*

*I - **homens e mulheres são iguais** em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;*

[...]

*XLII - a prática do **racismo constitui crime inafiançável e imprescritível**, sujeito à **pena de reclusão**, nos termos da lei;*

[...]

*L - às **presidiárias** serão asseguradas **condições** para que possam permanecer com seus filhos durante o período de **amamentação**;*

No artigo 5º, do texto constitucional, fixa-se o princípio da igualdade e adiante são destacadas especificações deste direito, vedando a discriminação de gênero ao fixar que homens e mulheres possuem os mesmos direitos e obrigações; estabelecendo que o racismo deve ser punido com pena de reclusão (cujo início se dá no regime fechado, diferente da detenção que começa no regime semiaberto) e que é crime inafiançável (não cabe fiança para a concessão de liberdade) e imprescritível (o transcurso do tempo não gera extinção da punibilidade pela prescrição); e criando a necessidade de respeito à maternidade, garantida a amamentação da prole, em se tratando de presa.

O direito à igualdade é um dos **direitos norteadores de interpretação de qualquer sistema jurídico**. O primeiro enfoque que foi dado a este direito foi o de direito civil, enquadrando-o na primeira dimensão, no sentido de que a todas as pessoas deveriam ser garantidos os mesmos direitos e deveres. Trata-se de um aspecto relacionado à igualdade enquanto liberdade, tirando o homem do arbítrio dos demais por meio da equiparação. Basicamente, estaria se falando na **igualdade perante a lei**.

No entanto, com o passar dos tempos, se percebeu que não bastava igualar todos os homens em direitos e deveres para torná-los iguais, pois nem todos possuem as mesmas condições de exercer estes direitos e deveres. Logo, não é suficiente garantir um direito à **igualdade formal**, mas é preciso buscar progressivamente a **igualdade material**. No sentido de igualdade material que aparece o direito à

igualdade num segundo momento, pretendendo-se do Estado, tanto no momento de legislar quanto no de aplicar e executar a lei, uma postura de promoção de políticas governamentais voltadas a grupos vulneráveis.

Assim, o direito à igualdade possui dois sentidos notáveis: o de igualdade perante a lei, referindo-se à aplicação uniforme da lei a todas as pessoas que vivem em sociedade; e o de igualdade material, correspondendo à necessidade de discriminações positivas com relação a grupos vulneráveis e minorias da sociedade, em contraponto à igualdade formal.

A construção do direito de igualdade em sua faceta material encontra substrato no denominado **sistema especial de proteção aos direitos humanos**, o qual se volta para As pessoas que se encontram em posição de desvantagem na sociedade e que podem ser classificadas como **grupos vulneráveis e/ou minorias**: nem todo grupo vulnerável é uma minoria; nem toda minoria é um grupo vulnerável; mas é possível que a mesma categoria se encaixe nos dois grupos.

Aos poucos, começa-se a **elaboração e ratificação de documentos** voltados a estas categorias sociais específicas. Já de início, trabalha-se com a não discriminação por fatores étnico-raciais, em busca da efetiva inclusão social daqueles que por motivos étnicos e raciais sofreram represálias e preconceitos ao longo da história da humanidade. Este processo de inclusão social deve ser estudado em detalhes com atenção às **peculiaridades de cada grupo vulnerável e minoria**, daí a necessidade de regulação específica.

As providências tomadas em prol da inclusão social, usualmente, são as denominadas **ações afirmativas** que, basicamente, consistem em políticas e programas governamentais voltados a grupos específicos de pessoas. Se adotado um rigor teórico do princípio da igualdade em sua concepção original - exclusivamente formal - não há dúvidas de que são discriminatórias e, portanto, atentatórias aos direitos humanos. No entanto, a concepção material da igualdade conduz invariavelmente à percepção de que existem **discriminações positivas e negativas**. Aquelas discriminações que são atentatórias e ofensivas aos direitos humanos, que humilham, que marginalizam, que ofendem a dignidade da pessoa humana, podem ser ditas **negativas**. Contudo, discriminações que visam promover a inclusão social e permitir que a pessoa seja retirada da margem da sociedade são **positivas**, logo, são compatíveis com os direitos humanos.

A normativa internacional de proteção dos direitos humanos do sistema especial irá afirmar a validade das discriminações positivas, **reforçando o caráter excepcional e temporário das medidas**, que devem ser adotadas até que se atinja o ideal social de igualdade concebido, acelerando um processo que se daria muito lentamente caso ocorresse sem qualquer ação estatal.

Neste viés, o artigo 3º, 4, da Convenção da Organização das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial: "4. Não serão consideradas discriminação racial as **medidas especiais tomadas com o único objetivo de assegurar o progresso adequado** de certos grupos raciais ou étnicos ou de indivíduos que necessitem da proteção que possa ser necessária para proporcionar a tais grupos ou indivíduos igual gozo ou exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais, contanto que tais medidas não conduzam, em consequência, à manutenção de direitos separados para diferentes grupos raciais e não prossigam após terem sido alcançados os seus objetivos".

E ainda, o artigo 4º, Convenção da ONU sobre os Direitos da Mulher: "1. A adoção pelos Estados-partes de **medidas especiais de caráter temporário** destinadas a acelerar a igualdade de fato entre o homem e a **mulher não se considerará discriminação** na forma definida nesta Convenção, mas de nenhuma maneira implicará, como consequência, a manutenção de normas desiguais ou separadas; essas medidas cessarão quando os objetivos de igualdade de oportunidade e tratamento houverem sido alcançados. 2. A adoção pelos Estados-partes de medidas especiais, inclusive as contidas na presente Convenção, destinadas a proteger a maternidade, não se considerará discriminatória".

Uma das principais ações afirmativas adotadas com relação a grupos vitimados por preconceito étnico-racial é a da reserva de cotas, tanto em concursos públicos quanto em vagas nas universidades. A principal motivação das cotas raciais é a de que devido aos anos de escravidão os negros e os pardos ficaram marginalizados socialmente mesmo depois dela ter sido abolida, marcados pelo seu estigma. Então, haveria uma dívida histórica da sociedade para com aqueles que foram tão excluídos que até os dias de hoje sofrem para se inserirem em ambientes de estudo e trabalho. Trata-se de propiciar efetiva **igualdade de oportunidades**, o que não foi feito na época da abolição da escravatura.

Com a implementação de cotas raciais não faltaram questionamentos a respeito do assunto, um dos temas mais questionados seria: a adoção de cotas não estaria trazendo privilégios a apenas um grupo de pessoas? Geralmente os que fazem este questionamento baseiam-se na ideia de que favorecendo um grupo, estariam em demérito com este, trazendo uma inferiorização, um pensamento de que não são capazes sem um empurrão do Estado.

Pois bem, para os estudiosos as cotas são um meio de corrigir a real situação de discriminação do País, com o objetivo de se chegar a uma verdadeira igualdade, não a uma igualdade fictícia. Essas ações não trariam o demérito da classe beneficiária das cotas, pois não se trata de uma incapacidade do indivíduo, e sim a sociedade.

Além do mais, para um cotista se encaixar a uma vaga, é necessário que este atinja uma nota de corte, ou seja, o candidato também tem um nivelamento e precisa atingir uma nota mínima para que se encaixe à vaga almejada.

Uma outra indagação que é sempre feita é sobre a inconstitucionalidade das cotas raciais, onde recentemente vemos alguém questionando se esse benefício não estaria contrariando o artigo 5º da Constituição Federal, que

CONHECIMENTOS BÁSICOS DE SAÚDE PÚBLICA

Promoção de Saúde; 01
Determinação social de doenças; 01
Planejamento Estratégico e Programação em Saúde; 01
Reforma Sanitária Brasileira; 03
Meio Ambiente e Saúde (saneamento básico, educação ambiental); 04
Sistemas de Informação em Saúde (importância e utilização). 05
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS: Legislação Básica do Sistema Único de Saúde (Constituição Federal/1988 Seção II – Da Saúde, Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990 Lei Federal nº 8.142 de 26/12/1990, NOB/96 e NOAS 01 e 02); 20
Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 45
Princípios e Diretrizes do SUS; 49
Pacto pela Saúde 2006 e seus componentes; 53
Financiamento e Controle Social do SUS; Política Nacional de G\estão Estratégica e Participativa do SUS; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; 58
Política Nacional de Humanização; 62
Sistema de Planejamento do SUS (princípios, funcionamento e instrumentos básicos); 62
Aspectos político-organizativo da Saúde da População Negra, dos Povos Indígenas, da Criança e do Adolescente, do Idoso e da Mulher no SUS. 63

PROMOÇÃO DE SAÚDE;

Promoção da saúde: conceitos e estratégias;

Em 2005, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A PNPS tem caráter transversal e inter setorial, envolvendo diferentes setores governamentais e a sociedade.

Para uma adequada abordagem de um tema com tamanha complexidade, este deve estar inserido nas agendas de prioridades de diferentes setores da sociedade. Não obstante, é tarefa do setor saúde, em suas várias esferas de gestão, mobilizar os demais setores para que compartilhem desse compromisso de busca de maior qualidade de vida para as populações brasileiras.

Os objetivos da PNPS incluem:

• Estimular a elaboração de políticas, estratégias e ações integradas e intersetoriais que ampliem o acesso aos modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e fortaleçam as ações de prevenção e controle de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) e transmissíveis.

• Definir mecanismos e instrumentos para o monitoramento, acompanhamento e avaliação das estratégias de promoção da saúde e a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) no Brasil.

• Fomentar e desenvolver estudos e pesquisas para a produção de conhecimentos, evidências e práticas no campo da promoção da saúde e Dant.

• Sensibilizar e qualificar gestores, profissionais e usuários de saúde quanto à promoção da saúde, vigilância e prevenção de Dant.

• Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.

• Superar a fragmentação das ações e aumentar a efetividade e eficiência das políticas específicas do setor sanitário mediante o fortalecimento da promoção da saúde como eixo integrador/articulador das agendas dos serviços de saúde e a formulação de políticas públicas saudáveis.

Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo. A escolha do prefixo inter e não do trans é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação.

Fonte: www.redehumanizasus.net

DETERMINAÇÃO SOCIAL DE DOENÇAS;

Em 2005, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A PNPS tem caráter transversal e intersetorial, envolvendo diferentes setores governamentais e a sociedade.

Para uma adequada abordagem de um tema com tamanha complexidade, este deve estar inserido nas agendas de prioridades de diferentes setores da sociedade. Não obstante, é tarefa do setor saúde, em suas várias esferas de gestão, mobilizar os demais setores para que compartilhem desse compromisso de busca de maior qualidade de vida para as populações brasileiras.

Os objetivos da PNPS incluem:

• Estimular a elaboração de políticas, estratégias e ações integradas e intersetoriais que ampliem o acesso aos modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e fortaleçam as ações de prevenção e controle de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) e transmissíveis.

• Definir mecanismos e instrumentos para o monitoramento, acompanhamento e avaliação das estratégias de promoção da saúde e a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) no Brasil.

• Fomentar e desenvolver estudos e pesquisas para a produção de conhecimentos, evidências e práticas no campo da promoção da saúde e Dant.

• Sensibilizar e qualificar gestores, profissionais e usuários de saúde quanto à promoção da saúde, vigilância e prevenção de Dant.

• Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis.

• Superar a fragmentação das ações e aumentar a efetividade e eficiência das políticas específicas do setor sanitário mediante o fortalecimento da promoção da saúde como eixo integrador/articulador das agendas dos serviços de saúde e a formulação de políticas públicas saudáveis.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE;

Planejamento em Saúde é o processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte de realidade. Trata-se, também, de um instrumento de racionalização das ações no setor de saúde, realizada por atores sociais, orientada por um propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde.

Para Matus (Matus, 1987a), planejamento significa o "cálculo que precede e preside a ação; a mediação entre o conhecimento e a ação; é um processo social complexo, produto das relações de conflito e articulação entre as diferentes forças sociais em uma realidade historicamente dada".

A Constituição Brasileira estabelece como norma o caráter universal e integral das ações de saúde a cargo do Estado, mas isto não evita que no dia a dia escolhas sejam feitas e instrumentos sejam usados para eleger prioridades e aproximar os serviços das necessidades mais importantes das comunidades atendidas.

As diretrizes do modelo de atenção integral à saúde apontam alguns tópicos que podem ajudar a organização dos serviços:

• definir a demanda social, levando em consideração a manifestação pública de comunidades e seus representantes;

• entender as conexões sociais do processo saúde/doença, compreendendo a dinâmica das relações sociais, por intermédio de indicadores socioeconômicos;

• utilizar a Epidemiologia para entender a maneira como as relações sociais repercutem no modo de adoecimento das coletividades;

• recorrer às técnicas de Programação e Planejamento para orientar as atividades dos serviços de saúde;

• recusar o modelo clínico centrado na atenção individual como princípio ordenador das ações desses serviços;

• detectar problemas e articular soluções a partir de um conjunto de saberes que convergem para práticas de caráter interdisciplinar;

• definir o território de intervenção dos serviços em função da dinâmica das populações e das relações.

Podemos elencar alguns passos para o planejamento das ações:

• Passo 1 – Definição do território

Essa definição implica em definir a área de abrangência dos serviços, o perfil demográfico e socioeconômico da população atendida e o conjunto de equipamentos, profissionais e instalações existentes. Esse território pode ser considerado como um sistema local, onde estão presentes múltiplos fatores que influem no processo saúde/doença, especialmente em suas conexões sociais, econômicas e culturais. O planejamento deve considerar as condições de acesso aos serviços, o perfil epidemiológico e socioeconômico das populações, os mecanismos de controle comunitário sobre os recursos disponíveis e de definição de prioridades.

Dessa forma, territorializar significa por um lado uma medida de racionalização político-administrativa, mas por outro lado, associa-se à transformação das práticas sanitárias.

• Passo 2 – Definição da situação atual da saúde da população adscrita

Só é possível planejar tendo conhecimento da população e do contexto em que ela se insere. A epidemiologia é uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. Seu emprego permite a sistematização de dados demográficos, de morbidade e mortalidade, permitindo análise capaz de alimentar o processo de planejamento e tomada de decisões da equipe.

A informação gerada em dados é transformada em indicadores de saúde, geralmente disponibilizados por meio dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que abordaremos na próxima Unidade.

• Passo 3 – Identificação dos principais problemas de saúde da população que se quer abordar

A partir da informação gerada e estudada, é possível identificar os principais problemas de saúde desta população, os grupos de risco, o acesso dos pacientes ao sistema de saúde e a cobertura por programas de saúde, bem como a organização e gerenciamento dos programas da atenção básica.

Sugere-se que se aponte dentro dos problemas a serem enfrentados aqueles que possam ser classificados como críticos de acordo com os critérios de:

• frequência do problema;

• morbidade e mortalidade relacionadas ao problema;

• efetividade das intervenções (pouco, moderada, muito);

• custos da intervenção (alto, moderado, baixo);

• intencionalidade em priorizar "grupos" de maior risco: mulheres em idade fértil, crianças, idosos;

• impacto econômico: grupos de trabalhadores ou por características socioeconômicas etc.

Nessa etapa, torna-se útil incorporar algum conhecimento sobre a situação de saúde de outras localidades e grupos populacionais, bem como referências das instituições responsáveis pelas políticas e ações (Município, Estado, União, organismos internacionais), para organização da base da investigação.

• Passo 4 – Análise dos determinantes do problema: a árvore explicativa

Aqui destacam-se duas ordens de questões. Por um lado, as diferentes formas de representação, valoração e compreensão dos problemas de saúde, seja pelo olhar dos profissionais ou pela ótica dos diversos grupos sociais envolvidos, incluindo a população; o que apresenta, como um dos principais desafios, a necessidade de articulação das diferentes racionalidades envolvidas em um processo concreto de planejamento.

E leis que caracterizam a realidade sanitária apontam para diversas possibilidades de 'recorte' desses problemas, em termos de unidades de análise e intervenção. Cada uma dessas possibilidades de recorte apresenta distintas implicações operacionais sobre a capacidade de apreensão e compreensão das necessidades de saúde, bem como de cumprimento dos princípios de equidade e integralidade.

Assim, a árvore de problemas deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação das causas do problema e da forma como estão relacionadas entre si.

A partir da "árvore de problemas" é gerada então a árvore de objetivos, dos quais derivam as ações a serem realizadas nos territórios considerados em uma perspectiva intersetorial. Ou seja, as ações e serviços a serem desenvolvidos não se restringem àqueles que já são tradicionalmente ofertados pelas unidades de saúde, envolvendo um esforço adicional de mobilização e articulação de outros órgãos governamentais e não governamentais que atuam na área, inclusive a mobilização e envolvimento dos indivíduos, das famílias e das coletividades que vivem e trabalham neste local.

NOVA CONCURSOS

• Passo 5 – Levantamento de recursos

O estabelecimento de prioridades se baseia no fato de que o recurso em saúde nunca é suficiente para a realização de todas as ações necessárias. Basicamente, quando se fala em planejamento para a ação em saúde são definidos os pontos mais importantes e estes incluem priorizar tanto ações quanto recursos. É aconselhável lidar com um ou dois problemas de cada vez, evitando-se esforços em múltiplos problemas que acabam por pulverizar as ações e protelar resultados. É da sabedoria popular que vem o ditado: "quem tem uma prioridade (ou objetivo), tem uma; quem tem duas, tem meia; e quem tem três não tem nenhuma".

O conhecimento dos recursos de saúde disponíveis, bem como de toda a rede de apoio não só da saúde, mas intersetorial, é tão importante quanto o conhecimento dos problemas de saúde.

Nessa etapa é importante que as equipes de Saúde da Família, para exercício da intersetorialidade, considerem como recursos todo o equipamento público possível de acesso pela população da área de abrangência, não se limitando aos recursos do Setor Saúde. Isso implica em parcerias com escolas, igrejas, associações comunitárias e organizações não governamentais, além de estreita relação com diferentes Secretarias de Governo, para ampliação da resolutividade das ações empreendidas.

• Passo 6 – Programação das ações

Por fim, é desejável a adequação das ações aos oito elementos essenciais da programação da atenção básica:

• educação sobre os principais problemas – controle e prevenção;

• conhecimento da disponibilidade de alimentos e promoção da nutrição adequada;

• suprimento de água potável e provisão de saneamento básico;

• saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar;

• imunização contra as principais doenças infecciosas;

• prevenção e controle das principais doenças endêmicas e epidêmicas;

• tratamento apropriado para as doenças e lesões comuns;

• previsão de medicamentos e materiais essenciais.

Fonte: https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/planejamento-e-programacao-em-saude/27244

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

A reforma sanitária foi um movimento social de luta contra a ditadura militar na década de 70 e refere-se a um conjunto de ideias que englobavam mudanças e transformações necessárias não somente na área da saúde mas também em todas as áreas de modo a garantir melhorias nas condições de vida da população brasileira.

Como era a saúde antes do SUS? – motivos da reforma sanitária.

Antes de 1988, apenas 30 milhões de brasileiros tinham acesso aos serviços de saúde pois tinham carteira assinada ou dinheiro para pagar pelos serviços assistenciais. O restante da população só poderia recorrer á filantropia (exemplo, santas casas de misericórdias) ou a curandeiros. Já com a criação do SUS, todas as pessoas passaram a ter direito á saúde, ou seja, 300 milhões de brasileiros tem direito á assistência á saúde de forma gratuita.

Já relação á gestão dos serviços de saúde, antes de 1988 era centralizada na esfera federal sem participação popular. Hoje, contamos com uma gestão de saúde, descentralizado, municipalizado e com participação popular através dos conselhos e conferências de saúde.

Outro fator a ser mencionado é que a saúde era basicamente médico-hospitalar. Com o advento do SUS, a assistência passou a visar a busca pela integralidade, ou seja, com ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde de modo a atingir o todo do individuo.

No que diz respeito aos motivos da reforma sanitária brasileira, a saúde era considerada como ausência de doença. Não havia ações efetivas de prevenção para toda a população com exceção de algumas campanhas sanitaristas em caso de epidemias. Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser vista não somente como ausência de doença mas também como qualidade de vida.

Para resumir vamos listar os motivos da reforma sanitária citados acima:

- Minoria da população brasileira tinha acesso aos serviços de saúde – Só quem tinha carteira assinada ou podia pagar..
- Centralização da gestão das ações de saúde na esfera federal sem qualquer participação social;
- Saúde como ausência de doença;
- Assistência puramente médico-hospitalar.

Reforma Sanitária Brasileira e a Consolidação do SUS.

A reforma sanitária brasileira, movimento iniciado por grupos de médicos, estudantes e intelectuais na década de 70 contra a ditadura militar e com a finalidade de uma construção de uma saúde pública que vise a melhora da qualidade de vida das pessoas, foi responsável pela consolidação do SUS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o espaço utilizado para que as discussões políticas sobre o quadro sanitário precário que o Brasil se encontrava pudesse ocorrer. Destas discussões nasceu a Constituição Federal de 1988 que universaliza a saúde e cria o Sistema Único de Saúde.

Fonte: http://www.enfermagemesquematizada.com.br/reforma-sanitaria/

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
Técnico de enfermagem

O exercício profissional de enfermagem. Equipe de saúde. Educação em saúde. 01
Assistência de enfermagem em casos de urgência e emergência. 06
Primeiros socorros. 35
Assistência à saúde mental. 35
Métodos de esterilização de materiais. 43
Administração de medicamentos: métodos e vias, posologias de drogas e soluções. Intoxicação por medicamentos. 51
Procedimentos para exames complementares. 59
Assistência de enfermagem em programas especiais: DST/AIDS, Imunizações, Hipertensão, Diabetes, Pneumologia Sanitária. 60
Saúde da criança, do adolescente e do idoso. 92
Ética Profissional. 116
Portaria de Consolidação nº 05 do Ministério da Saúde, publicada no DO de 03/10/2017, Capítulo III, Artigo 43 e Anexo IV. 122

O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM. EQUIPE DE SAÚDE. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Ações educativas aos usuários dos serviços de saúde

Objetivos

- Relacionar a teoria da educação com a prática vivenciada;
- Relacionar os conceitos de comunicação e participação à prática educativa;
- Refletir sobre onde estamos e o que esperamos da ação educativa;
- Decidir qual é a educação que pretendemos praticar.

Repensando a Prática

Existem várias maneiras de entender e fazer educação. Muitas vezes, na prática, a educação tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de conhecimentos e informações, de forma fragmentada e, muitas vezes, distante da realidade de vida da população ou indivíduo.

"É sempre bom lembrar que a atividade educativa não *é* um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação ou divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem *é* fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população".

"As mudanças no sentido de ter, manter e reivindicar por saúde ocorre quando o indivíduo, os grupos populares e a equipe de saúde participam. A discussão, a reflexão crítica, a partir de um dado conhecimento sobre saúde/doença, suas causas e consequências, permitem que se chegue a uma concepção mais elaborada acerca do que determina a existência de uma doença e como resolver os problemas para modificar aquela realidade".

Os Problemas e Desafios

Muitos daqueles que trabalham na área da Educação encontram dificuldades no seu dia-a-dia, como:

- Recomendação de práticas diferentes por instituições diferentes e relacionadas a uma mesma ação que se espera da população.
- Recomendação de práticas com barreiras socioeconômicas ou culturais que dificultam e/ou restringem a sua execução.
- Despreocupação com o universo conceitual da população, achando que tudo depende da transmissão do conhecimento técnico.

Cabe a nós propiciar condições para que o processo educativo aconteça e, para isso, devemos ter muito claro o que entendemos por educação.

Uma maneira de perceber se uma atividade educativa está de acordo com uma proposta de educação transformadora é descobrir qual a sua utilidade. Analisando as atividades de Educação em Saúde desenvolvidas nos serviços de saúde, na escola, na comunidade.

"A partir de Algumas das características do processo de educação, partimos da admissão de que existe dois saberes: o saber técnico e o saber popular, distintos, mas não essencialmente opostos, e que a educação, como processo social, exigirá o confronto e a superação desses dois saberes".

"Em seu dia-a-dia, a população desenvolve um saber popular que chega a ser considerável. Embora a este saber falte uma sistematização coletiva, nem por isso é destituído de validez e importância. Não pode, pois, ser confundido com ignorância e desprezado como mera superstição. Ele é o ponto de partida e sua transformação, mediante o apoio do saber técnico-científico, pode constituir-se num processo educativo sobre o qual se assentará uma organização eficaz da população, para a defesa dos seus interesses."

"O saber técnico, ao se confrontar com o saber popular, não pode dominá-lo, impor-se a ele. A relação entre estes dois saberes não poderá ser a transmissão unidirecional, vertical, autoritária, mas deverá ser uma relação de diálogo, relação horizontal, bidirecional, democrática. Diálogo entendido não como um simples falar sobre a realidade, mas como um transformar-se conjunto dos dois saberes, na medida em que a própria transformação da realidade é buscada."

"O conteúdo educativo deste processo de encontro e confronto não será, portanto, predeterminado pelo pólo técnico. O confronto dar-se-á num processo de produção em que o conteúdo é o próprio saber popular que se transforma com a ajuda do saber técnico, enquanto instrumento do próprio processo."

"A ação educativa não implica somente na transformação do saber, mas também na transformação dos sujeitos do processo, tanto dos técnicos quanto da população. O saber de transformação só pode produzir-se quando ambos os pólos da relação dialógica também se transformam no processo."

Cumpre, finalmente, lembrar que um processo educativo como o que se esboça acima supõe, também, por parte dos técnicos que dele participam competência técnica, no mais amplo sentido da palavra, o que significa conhecimento não apenas dos aspectos meramente tecnológicos, mas também conhecimento das estruturas e processos econômicos e políticos da sociedade na qual se insere a sua prática social. "Portanto, boa vontade só não basta."

Comunicação

O mundo globalizado de hoje, exige profissionais cada vez mais capacitados, principalmente, do ponto de vista tecnológico, exigindo atributos e conhecimentos dos trabalhadores para responder às demandas impostas pelas mudanças sociais e econômicas. Nesse contexto as interações pessoais acabam por assumir uma condição inferior. Estamos vivendo num mundo de poucas palavras, onde a imagem predomina, em uma cultura onde a razão se sobrepõe à emoção. A cada dia, visualizamos a valorização do ter e a deificação do ser.

Englobado por essas reformulações econômicas, sociais e políticas, o setor saúde sofre os impactos dos ajustes macroestruturais de busca da produtividade, tecnologia e qualidade dos serviços, exigindo novos atributos de qualificação dos profissionais de saúde. É a partir dessa premissa, e diante da nossa realidade enquanto atores do cenário do cuidado físico e mental, que reforçamos a importância de que seja discutido, entre os diversos profissionais de saúde ligados diretamente à assistência ao cliente, e aqui destacamos o enfermeiro, o cuidado emocional, resultando na busca do bem estar e qualidade de vida do cliente.

Nessa realidade o enfermeiro deve buscar conhecimentos e processo instrucional para encontrar uma maneira de ação que torne o cuidado de enfermagem mais humano. Pois, como agente de mudança, o enfermeiro de amanhã será diferente do de hoje, e o de hoje é diferente do de anos passados. Os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los.

Uma das principais e mais comuns situações vivenciadas por enfermeiros é o cuidado prestado ao cliente submetido à internação hospitalar. Embora possa ser o cotidiano de milhares de enfermeiros, a experiência da internação hospitalar cria situações únicas de estresse não só para os clientes, mas também para suas famílias. Vários pesquisadores têm documentado a repercussão dos níveis de estresse, ansiedade e angústia na evolução e prognóstico de um cliente, bem como no âmbito familiar. Na perspectiva do cliente que necessita de internação hospitalar esse processo é permeado pelo medo do desconhecido, como a utilização de recursos tecnológicos, muitas vezes invasivos, linguagem técnica e rebuscada, pela apreensão de estar em um ambiente estranho, e ainda pela preocupação com sua integridade física, em decorrência do processo patológico, motivo de sua internação hospitalar.

Assim, ao considerarmos o enfermeiro o profissional que permanece mais tempo ao lado do cliente, este deve ser o facilitador na promoção do bem-estar bio-psico-sócio-espiritual e emocional do cliente, conduzindo-o às melhores formas de enfrentamento do processo de hospitalização. Consideramos relevante realizar uma reflexão sobre as interfaces do cuidado emocional ao cliente hospitalizado de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, sob o prisma do processo de comunicação.

A comunicação e o cuidado emocional

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

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

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

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

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

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

Portanto, consideramos que a promoção de um cuidado holístico que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espiritual e emocional perpassa por um processo comunicativo eficaz entre enfermeiro-cliente. Todavia entendemos que o processo de comunicação se constrói de diferentes formas, e que para haver comunicação a expressão verbal (através do uso das palavras) ou não verbal (a postura, as expressões faciais, gestos, aparência e contato corporal) de um dos sujeitos, tem que ser percebida dentro do universo de significação comum ao outro.