

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	9
■ COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS	9
■ SEMÂNTICA E ESTILÍSTICA	11
DENOTAÇÃO E CONOTAÇÃO	11
FIGURAS DE LINGUAGEM	11
SIGNIFICAÇÃO DAS PALAVRAS	13
■ COESÃO E COERÊNCIA	14
■ TIPOLOGIA TEXTUAL	19
■ CARGO DAS CLASSES DE PALAVRAS	22
■ SINTAXE DA ORAÇÃO E DO PERÍODO	31
CONCORDÂNCIA VERBAL E NOMINAL	40
REGÊNCIA VERBAL E NOMINAL	44
■ PONTUAÇÃO	47
■ ESTUDO DA CRASE	50
LEGISLAÇÃO E ÉTICA NO SERVIÇO PÚBLICO	63
■ LEI ESTADUAL Nº 5.810, DE 1994, E ALTERAÇÕES (REGIME JURÍDICO ÚNICO DOS SERVIDORES PÚBLICOS CIVIS DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, DAS AUTARQUIAS E DAS FUNDAÇÕES PÚBLICAS DO ESTADO DO PARÁ)	63
■ LEI FEDERAL Nº 13.853, DE 2019 (LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS)	85
■ LEI FEDERAL 8.429, DE 1992, E SUAS ALTERAÇÕES	89
■ DECRETO FEDERAL Nº 11.129, DE 2022	105
■ LEI FEDERAL Nº 12.846, DE 2013, E SUAS ALTERAÇÕES	111
■ LEI FEDERAL Nº 7.716, DE 05 DE JANEIRO DE 1989, E SUAS ALTERAÇÕES	117
■ LEI ESTADUAL Nº 9.341, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2021, E SUAS ALTERAÇÕES	121
■ ÉTICA E MORAL	127
ÉTICA, PRINCÍPIOS, VALORES E A LEI	129
■ ÉTICA E DEMOCRACIA: EXERCÍCIO DA CIDADANIA	130

CONDUTA ÉTICA	133
■ ÉTICA PROFISSIONAL	133
■ ÉTICA E RESPONSABILIDADE SOCIAL	134
■ ÉTICA E FUNÇÃO PÚBLICA	134
■ ÉTICA NO SETOR PÚBLICO.....	135
NOÇÕES DE INFORMÁTICA.....	143
■ NOÇÕES DE SISTEMAS OPERACIONAIS.....	143
NOÇÕES DE SISTEMAS DE WINDOWS.....	143
■ MS-DOS	151
■ NOÇÕES DO PROCESSADOR DE TEXTO MS-WORD PARA WINDOWS	152
■ NOÇÕES DA PLANILHA DE CÁLCULO MS-EXCEL	157
■ NOÇÕES BÁSICAS DE BANCOS DE DADOS: COMUNICAÇÃO DE DADOS.....	168
■ CONHECIMENTOS BÁSICOS DE MICROCOMPUTADORES PC – HARDWARE, CONCEITOS GERAIS DE EQUIPAMENTOS E OPERACIONALIZAÇÃO	173
■ CONCEITOS BÁSICOS DE INTERNET	183
LEGISLAÇÃO.....	189
■ LEGISLAÇÃO DA SAÚDE: CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 (TÍTULO VIII – CAPÍTULO II – SEÇÃO II).....	189
■ LEI FEDERAL Nº 8.142, DE 1990 E SUAS ALTERAÇÕES.....	191
■ LEI FEDERAL Nº 8.080, DE 1990 E SUAS ALTERAÇÕES.....	192
■ NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – NOB-SUS, DE 1996.....	202
■ NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE – NOAS – SUS, DE 2001	208
■ LEI FEDERAL Nº 8.069, DE 1990 (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE) E SUAS ALTERAÇÕES.....	211
■ LEI FEDERAL Nº 10.741, DE 2003 (ESTATUTO DA PESSOA IDOSA) E SUAS ALTERAÇÕES.....	237
■ LEI FEDERAL Nº 12.764, DE 2012 (POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA) E SUAS ALTERAÇÕES	246
■ LEI FEDERAL Nº 13.146, DE 2015 (ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA) E SUAS ALTERAÇÕES.....	250

POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA	269
■ ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, CONTROLE SOCIAL.....	269
■ INDICADORES DE SAÚDE	270
ENDEMIAS/EPIDEMIAS: SITUAÇÃO ATUAL, MEDIDAS DE CONTROLE E TRATAMENTO	270
■ SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO E DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA	272
■ PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO LOCAL DE SAÚDE	276
DISTRITOS SANITÁRIOS E ENFOQUE ESTRATÉGICO.....	277
■ PORTARIAS E LEIS DO SUS.....	277
■ POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	287
■ PACTO PELA SAÚDE	300
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.....	307
■ ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES BÁSICAS DO PACIENTE	307
■ ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO AUXÍLIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	310
SINAIS VITAIS	310
COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES	313
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	316
CURATIVOS	321
SONDAGENS	323
■ ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA	324
DRENAGEM POSTURAL	324
NEBULIZAÇÃO	325
OXIGENOTERAPIA	327
ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES	328
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA	328
■ PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO	329
■ ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE CIRÚRGICA: PRÉ-, TRANS- E PÓS-OPERATÓRIO	341
■ PROGRAMAS DE SAÚDE	348

PRÉ-NATAL	348
PUERICULTURA E ADOLESCENTES	352
IMUNIZAÇÃO	353
HIPERTENSÃO	354
DIABETES	354
TUBERCULOSE	355
HANSENÍASE	356
CÓLERA	357
HEPATITE	359
DENGUE	362
MENINGITE	364
LEPTOSPIROSE	364
DST/AIDS	366
PREVENÇÃO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO	366
PLANEJAMENTO FAMILIAR	368
■ ATUAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO E CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO	368
■ ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO EM VIA PÚBLICA	374
■ SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA, TERCEIRA IDADE	375
■ EDUCAÇÃO EM SAÚDE	378
■ SISTEMA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR PORTARIA N° 2.048/MS, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002	379
■ URGÊNCIAS CLÍNICAS	381
■ TRANSPORTE DO PACIENTE DE RISCO	384
■ ÉTICA PROFISSIONAL	388

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES BÁSICAS DO PACIENTE

O atendimento às necessidades básicas do paciente é um dos aspectos fundamentais da enfermagem, posto que, a realização de ações ainda que mais simplórias, são a garantia da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos que necessitam de cuidados. Assim, as necessidades básicas do paciente são aquelas que devem ser satisfeitas para que ele possa viver de maneira saudável e satisfatória, tanto no aspecto físico quanto psicológico, social e espiritual, como a OMS (Organização Mundial da Saúde) estabelece.

Dessa forma, existem diferentes teorias que abordam as necessidades básicas do paciente, como a teoria das necessidades básicas de Wanda Horta¹, e a teoria do autocuidado de Orem². Tais teorias se baseiam no conceito idealizado por Maslow³, que propõe uma hierarquia de cinco níveis de necessidades:

- fisiológicas;
- segurança;
- amor;
- pertencimento;
- estima;
- autorrealização.

Teoria de Horta

Nesse sentido, de acordo com a teoria de Horta, as necessidades básicas do paciente são classificadas em três dimensões, que serão explicadas a seguir:

- **Psicobiológica:** envolve as necessidades relacionadas ao funcionamento orgânico do corpo, como respiração, alimentação, hidratação, eliminação, movimento, repouso, higiene e regulação térmica;
- **Psicosocial:** envolve as necessidades relacionadas à interação do indivíduo com o meio ambiente e com os outros, como comunicação, relacionamento, atividades recreativas, aprendizagem e trabalho;
- **Psicoespiritual:** envolve as necessidades relacionadas à transcendência e à busca de sentido da vida, como necessidades espirituais e religiosas.

Diante disso, o papel do(a) enfermeiro(a), é avaliar as necessidades básicas do paciente e fornecer cuidados que sejam capazes de atender às necessidades de forma holística e individualizada. Para isso, o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem, que é um método composto por seis fases, dentre elas:

- histórico de enfermagem;
- diagnóstico de enfermagem;
- plano de assistência ou cuidados;
- prescrição de enfermagem;
- evolução;
- prognóstico.

Posto isto, o processo de enfermagem permite ao enfermeiro identificar os problemas e as potencialidades do paciente, planejar as intervenções adequadas, executar os cuidados prescritos e avaliar os resultados obtidos.

O atendimento às necessidades básicas do paciente, para tanto, envolve não só conceitos acerca da enfermagem, mas também o respeito aos princípios éticos e morais que regem a conduta do servidor público. O enfermeiro, portanto, deve agir com honestidade, responsabilidade, transparência, imparcialidade e eficiência no exercício da sua função. Além disso, o enfermeiro deve estimular o autocuidado do paciente, ou seja, a sua capacidade de promover o seu próprio cuidado em suas necessidades diárias. Nesse aspecto, o autocuidado é influenciado por diversos fatores, como idade, sexo, doença, escolaridade e sexualidade, de forma que, o enfermeiro, por sua vez, pode ajudar o paciente a desenvolver o autocuidado por meio de alguns métodos como agir/fazer, guiar, apoiar, ensinar e proporcionar um ambiente para o seu desenvolvimento pessoal para o outro.

Desse modo, o cuidado às necessidades de um paciente, ainda que básicas, é também uma forma de expressar humanidade e solidariedade com o outro que sofre, de forma que é uma arte e uma ciência que requer conhecimento técnico-científico e sensibilidade ética-estética, ou seja, o cuidado é a essência da enfermagem⁴.

DIMENSÕES DA GESTÃO DO CUIDADO

Segundo Cecílio (2009),

[...] gerir o cuidado é prover ou disponibilizar tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores.

Não é necessário nível de escolaridade elevado para cuidar, mas, sim, ter calma, confiança e se dispor a ajudar no for possível. Como afirmou Michaelis (2009), acolher é compreender, ouvir e agasalhar.

1 HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

2 OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001.

3 MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. 3. ed. New York: Harper & Row, 1987.

4 SOU ENFERMAGEM. **Teoria das necessidades humanas básicas**. Disponível em: <https://www.souenfermagem.com.br/fundamentos/teoria-das-necessidades-humanas-basicas/>. Acesso em: 12 jul. 2023.

Ainda sobre a questão do cuidado e escuta:

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É uma tecnologia leve, de uso das equipes na sua relação com o usuário e que se propõe a inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de Saúde, partindo dos seguintes princípios: garantir acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho com base em uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O acolhimento nos leva a diferentes situações de vivência. Por isso, há a necessidade de buscarmos mais conhecimento para, cada vez mais, oferecermos um trabalho de excelência para que outros percebam e repassem boas informações a seu critério. Savassi (2011), ressalta que:

No campo da Saúde, o termo acolhimento é identificado como uma dimensão espacial, uma recepção formal com ambiente confortável, mas também uma ação de organização administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Logo, o autor afirma que há três formas de defini-lo enquanto postura – a postura acolhedora da equipe; enquanto processo de trabalho – diretriz reorganizadora do processo de trabalho; e enquanto ferramenta – instrumento para promover o vínculo, acessibilidade, universalidade e humanização em um espaço de recepção para a escuta qualificada (SAVASSI, 2011).⁵

O termo “acolhimento” já começa na receptividade do seu lar, a forma de falar e de se expressar com seus parentes, na forma de demonstrar confiança e possivelmente adquirir o elo pessoal e profissional.

CLÍNICA AMPLIADA

É importante que o profissional de saúde se dedique a ajudar pessoas, focando na qualidade de vida e Atenção Domiciliar, pois:

[...] o resultado depende da participação do sujeito e da sua capacidade “inventar-se”, apesar da doença. A escuta qualificada ajuda a pessoa e a família a entenderem a doença, relacionando-a com a vida para evitar atitudes passivas diante do tratamento, responsabilizando-as e ampliando as possibilidades clínicas do profissional (BRASIL, 2004).

A atenção domiciliar é o local onde todos os cuidados e conhecimentos deverão ser demonstrados, pois na grande maioria dos casos, a família estará presente e tem dúvidas acerca dos cuidados que serão oferecidos. É o momento em que a calma, a paciência e a cordialidade deverão acompanhar o profissional da saúde e/ou quem ofertará os cuidados. Por isso, segundo Brasil (2004), “Vínculo e afeto também são importantes, pois profissionais e usuários transferem afeto. Com a consciência desses fluxos, pode-se melhor ajudar a pessoa a ampliar sua autonomia e a lidar com a doença de modo proveitoso”.

O âmbito familiar e o acolhimento coletivo estão presentes em todos os processos da vida do ser humano, seja na fase infantil, seja na fase adulta e seja na fase idosa.

Segundo o Grupo Hospitalar Conceição (2003),

A relação entre saúde individual e familiar é notória: se, por um lado, os conflitos, interações e desagregações fazem parte do universo da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros, por outro, quando algum deles adoecer, tem efeito direto sobre os estágios do ciclo de vida familiar, sendo necessário que a família se organize para cuidar do familiar doente. As situações prolongadas/definitivas de doença podem fazer com que os familiares busquem recursos fora para suportar a situação.

O acolhimento familiar ajuda no processo de tratamento e cura do indivíduo, pois requer toda a tenção redobrada ao que o profissional da saúde no momento da visita domiciliar irá repassar. É o momento de cautela e foco para que os objetivos sejam concluídos e haja melhora no tratamento.

OLHAR SISTÊMICO

Nichols, Schwatz (2007) relata que a família é entendida a partir de suas relações. Todo o contexto social, econômico e político influenciam no bem-estar dela e do indivíduo. A conjunção mais importante pode ser a família nuclear, mas é essencial lembrar que elas não existem em um vácuo.

A família representa grande parcela no tratamento do indivíduo, é nela onde são deixados as frustrações, as decisões de como será ofertada o tratamento, e ela representa a unidade básica de atenção á saúde, pois é a primeira oferta de atendimento e cuidado.

HIGIENE COMO PRINCÍPIO BÁSICO DE UMA BOA SAÚDE

Segundo o Ministério da Educação (2008),

[...] a palavra higiene, na sociedade ocidental, só teve um destaque maior na vida das pessoas no início do século XIX. Nessa época, os médicos passaram a escrever textos de higiene que incentivavam o uso do sabão. Mas, é bom que se diga, no Oriente, principalmente entre os muçulmanos, lavar o rosto, as mãos e os pés era, nessa época, um ritual religioso obrigatório, há muitos e muitos anos. Então, é bom deixar bem claro que eram os europeus que tinham medo da água até o século XIX. Na verdade, os europeus da época consideravam, quase que exclusivamente, o corpo como a origem do pecado.

Higiene não é somente jogar água no corpo, é olhar suas estruturas e conhecer seu próprio corpo, a fim de procurar detalhes que deverão ter mais critérios no momento de retirar as sujidades.

Os cuidados básicos com o corpo, como tomar banho, cortar os cabelos, manter as unhas aparadas e limpas, escovar os dentes, lavar bem as mãos além de deixar as pessoas com uma boa aparência impede o surgimento de doenças como a escabiose, pediculose, bem como outras patologias, causadas principalmente pela falta de higiene (MEC, 2008).

Ainda, segundo (MEC, 2008),

Neste intuito devemos buscar um posicionamento crítico sobre esta linha tênue, higiene, saúde e doença. Segundo o MEC (Ministério da Educação): A educação deve ser um fator de promoção e proteção à saúde, bem como estimular a criação de estratégias para a conquista dos direitos de cidadania.

A educação está lado a lado com a forma que a pessoa irá conduzir sua higiene. A partir do conhecimento prévio sobre higiene corporal, ela irá conseguir distinguir a finalidade de higiene e limpeza e o que trará de benefício para si.

Florence Nightingale (2005), foi primeira enfermeira, que usou princípios científicos pela primeira vez referia que lavar com sabão e água tépida é desejável sob outros aspectos que não unicamente a limpeza, pois proporcionava um grande alívio e conforto à pessoa, e a pele ao absorver a água, tornava-se mais macia deixando os poros livres de qualquer obstrução produzidas pelas secreções, facilitando a sudorese. Priorizava assim, a higiene diária do corpo e do ambiente como medidas para a promoção e manutenção da saúde (SCHOT et. al, 2016).⁶

Florence, por sua vez, marcou e quebrou todos os paradigmas de higiene e cuidado ao próximo, ela observou que a falta de higiene acarretaria na demora do quadro de saúde da pessoa e ensinou às outras enfermeiras todas as formas de cuidado.

I SEGURANÇA DO USUÁRIO E PACIENTE

Segundo (WHO, 2011),

Os cuidados em saúde devem ser centrados no paciente, e todas as pessoas envolvidas devem buscar promover a assistência de modo seguro, com conhecimento, habilidades e comprometimento, para que haja um atendimento efetivo, livre de danos ou eventos adversos.

Contudo,

[...] a assistência não é tão segura como se gostaria, e estudos indicam a alta incidência de erros durante o período em que o paciente está sob os cuidados dos profissionais de saúde, nos diferentes cenários de assistência, o que pode trazer inúmeras consequências, incluindo danos permanentes e morte (KOHNT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS, EDITORS, 2000).

O conhecimento, a habilidade de lidar com as situações trarão benefícios se houver a atenção devida para transmiti-lo de forma coerente e fácil interpretação.

Segundo (BRASIL, 2013),

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), criado em 2013 pelo Ministério da Saúde (MS), tem como objetivo principal monitorar e prevenir os incidentes que resultam em danos na assistência ao usuário em hospitais e em outras unidades de saúde. Apresenta também cinco objetivos específicos, a saber:

Cabe ressaltar que, de acordo com (BRASIL, 2011), apresentam também cinco objetivos específicos:

Os serviços de saúde, diante do seu nível de atenção aos usuários, têm o compromisso de prestar uma assistência de qualidade. Para propiciar uma diretriz de atendimento, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Esse documento, aprovado na 198ª Reunião Ordinária, em junho de 2009, é um grande passo para que os usuários dos serviços se apropriem de seus direitos e deveres, buscando melhorias em seu atendimento. A Carta possui seis princípios básicos que se complementam e buscam uma prestação de serviços de saúde digna em todos os sistemas de saúde públicos e/ou privados.

Nesse mesmo sentido,

O sistema de saúde no Brasil, há décadas, vem enfrentando os desafios relacionados à defesa da vida e à garantia do direito à saúde. No intuito de organizar o fluxo e a alta demanda de usuários nos serviços de urgência e emergência, o MS, por meio de ações do Humaniza SUS, estabeleceu o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de demanda espontânea. Esse novo modelo de atendimento prioriza os atendimentos de acordo com o grau de complexidade de cada caso, em que as queixas dos usuários são classificadas por cores que estabelecem a ordem de atendimento (BRASIL, 2016).

Por isso,

A iniciativa do MS pode ser atribuída ao atendimento do primeiro direito básico dos usuários que determina a todo cidadão o direito ao acesso ordenado e organizado no sistema de saúde. [...] vale ressaltar que para garantir ao usuário um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação, é necessário que todos participem ativamente da implementação de estratégias eficazes, com intuito de prestar uma assistência de qualidade. [...] Os usuários dos serviços de saúde devem assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos e adotar um comportamento respeitoso e cordial com todos os usuários e profissionais da área (BRASIL, 2011).

Promover a assistência requer conhecimento prévio do cuidado e suas particularidades. Existem várias estratégias para a promoção da saúde, dentre elas estão citadas a identificação dos principais riscos relacionados à assistência de enfermagem, implementação de práticas seguras, levantamento de barreiras, oportunidades de conduzir uma assistência e cuidado de excelência.

I REFERÊNCIAS

AMARO, M. A. C.; BOHOMOL, E. Segurança da atenção à saúde: direitos do usuário. In: Associação Brasileira de Enfermagem; KALINOWSKI, C. E.; CROZETA, K.; COSTA, M. F. B. N. A. (organizadoras). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 6**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 121–51. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).
BACKES DS, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC, Klock P, Erdmann AL. **O que os usuários**

⁶ SCHOT, A. G. et al. Higiene como princípio básico de uma boa saúde. *Anais do XXI Seminário Internacional de Educação*. v. 1. n. 1. 2016.

pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. Cienc Saude Coletiva. 2009 Jun; 14(3): 903–10.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3. ed. Brasília: MS; 2011 [acesso em 2016 out 16]. Disponível em: <http://www.use.ufscar.br/direitos-e-deveres-dos-usuarios/carta-direitos-usuarios>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: a clínica.** Brasília, 2004. 18 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** BRASÍLIA: MS; 2004 [acesso em 16 out 2016]. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC00000000125646.PDF>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Módulo 12: higiene, segurança e educação.** / Ivan Dutra Faria, João Antônio CABRAL MONLEVADE. – Brasília: Universidade de Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/higiene.pdf>. Acessado em 12 de jul. 2016.

CECILIO, L. C. O. **A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado.** Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu, v. 13, p. 545-55, 2009. (supl.1).

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-352, 2000.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde: experiência do SSC/GHC.** Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

KOHN LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. **To error is human: building a safer health system.** Washington: National Academy Press; 2000.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos, 2009

NICHOLS, M. P.; SCHWATZ, R. C. **Modelos iniciais e técnicas básicas: terapia familiar, conceitos e métodos.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NIGHTINGALE, F. (2005). **Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é.** Loures: Lusociência. SAVASSI, L. C. M. **Iniciação à prática de ESF.** Faculdade Senac: Belo Horizonte, 2011.

SCHOT, A. G. et al. Higiene como princípio básico de uma boa saúde. **Anais do XXI Seminário Internacional de Educação.** v. 1. n. 1. 2016.

World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition [internet]. GENEVA: WHO; 2011 [acesso em 2016 Sep 24]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf.

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO AUXÍLIO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

SINAIS VITAIS

De um modo geral, os sinais vitais são necessários para o início da avaliação do quadro de saúde do ser humano, uma vez que:

Os sinais vitais são considerados os principais indicadores do estado de saúde do paciente, configurando uma ferramenta básica para a eficácia e segurança da assistência de enfermagem. São os primeiros indicadores para mensurar a efetividade de uma intervenção, bem como a alteração do quadro clínico (LYNN, 2009, apud BRASIL, 2019, p. 51)

Frequência Cardíaca

O primeiro dado tomado para se estabelecer uma análise do estado de saúde de um indivíduo e a aferição da sua frequência cardíaca é a sua pulsação. Nela, será observado se o pulso está acelerado ou lento, e, conforme a frequência, os padrões cardíacos estarão dentro da normalidade ou com alterações.

Segundo Souza (2016), citado no documento “Manual do Técnico de Enfermagem da UPA Moacyr Scliar” (2019, p. 44),

A pulsação é o impulso exercido pela expansão e pelo relaxamento das artérias resultantes dos batimentos cardíacos. A obtenção da frequência cardíaca dá-se através da palpação dos pulsos centrais (carotídeo ou femoral) e dos pulsos periféricos (radial, ulnar, poplíteo, tibial posterior). A ausência do pulso pode indicar uma oclusão arterial. A avaliação do pulso inclui a determinação da frequência de pulso e a análise de sua qualidade, que inclui ritmo e força.

Utilizando-se um cronômetro, a avaliação é realizada ao se posicionar o paciente confortavelmente, sentado ou deitado, com a região de aferição adequadamente exposta. Coloca-se a ponta dos dedos indicador e médio sobre a região da artéria de escolha, exercendo uma leve pressão. Conta-se, então, o número de pulsações durante 60 segundos, observando ritmo e volume.

Frequência Respiratória

Conforme alguns autores,

[...] a respiração consiste na troca de oxigênio e dióxido de carbono entre o organismo e o meio ambiente. A ventilação é a manifestação mecânica dessa troca, ou seja, a inspiração e expiração. Ela pode ser contada visualmente, pela palpação, colocando-se a mão sobre o tórax do paciente ou, ainda, com a ausculta dos ruídos ventilatórios no pulmão, com o auxílio de um estetoscópio (BARROS, 2004; SOUZA, 2016, apud BRASIL, 2019, p. 46).

Para a realização da aferição da frequência respiratória, utiliza-se de um cronômetro e um estetoscópio e posiciona-se o paciente sentado ou deitado, de