



CÓD: OP-123JH-23
7908403538034

OSASCO-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO - SÃO PAULO

Enfermeiro

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários)	5
2. Sinônimos e antônimos. Sentido próprio e figurado das palavras.....	15
3. Pontuação	16
4. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, artigo, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem. Colocação pronominal.....	17
5. Concordância verbal e nominal	23
6. Regência verbal e nominal.....	25
7. Crase	26

Política de Saúde

1. Diretrizes e bases da implantação do SUS	35
2. Constituição da República Federativa do Brasil: Saúde.....	42
3. Constituição Federal: Título VIII – Da Ordem Social, Cap. II – Da Seguridade Social.....	44
4. Organização e ações da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	45
5. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças.	68
6. Reforma Sanitária e Modelos Assistenciais de Saúde – Vigilância em Saúde.	76
7. Indicadores de nível de saúde da população.	84
8. Políticas de descentralização e atenção primária à Saúde.....	87
9. Doenças de notificação compulsória no Estado de São Paulo	89
10. Doenças de notificação compulsória Estadual e Nacional.	89
11. Calendário Nacional de Vacinação. Programa Nacional de Humanização do SUS.....	96
12. Leis Federais n.º 8.080/1990	109
13. LEI n.º 8.142/1990	118
14. Decreto Federal n.º 7.508/2011.	119
15. Lei Orgânica do Município de Osasco – capítulo Saúde/Seguridade social:	123

Conhecimentos Específicos

Enfermeiro

1. Introdução à enfermagem: fundamentos de enfermagem	129
2. Exercício de enfermagem.....	137
3. código de ética dos profissionais de enfermagem. Legislação profissional – COFEN/COREN	139
4. Programa Nacional de Imunização: considerações gerais. Calendário de vacinação para o Estado de São Paulo. Vacinação contra as doenças imunopreveníveis. Cadeia de frio.....	145
5. Meios de desinfecção e esterilização.....	145
6. Administração aplicada à enfermagem: administração em enfermagem.	148
7. Supervisão em enfermagem.	176

ÍNDICE

8. Enfermagem em pronto-socorro: considerações gerais sobre pronto atendimento: a) definição de urgência e emergência; b) prioridade no tratamento; c) princípios para um atendimento de urgência e emergência. Assistência de enfermagem nas urgências: a) do aparelho respiratório; b) do aparelho digestivo; c) do aparelho cardiovascular; d) do aparelho locomotor e esquelético; e) do sistema nervoso; f) ginecológicas e obstétricas; g) dos distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos; h) psiquiátricas; i) do aparelho urinário	180
9. Atenção básica à saúde: atenção à criança (crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação, doenças diarreicas e doenças respiratórias)	229
10.	229
11. Atenção à saúde da mulher (pré-natal, parto, puerpério, prevenção do câncer ginecológico, planejamento familiar).....	246
12. Atenção à saúde do adulto (hipertensão arterial e diabetes melito)	278
13. Assistência de enfermagem em queimaduras. Assistência de enfermagem em intoxicações exógenas (alimentares, medicamentosas, envenenamentos).....	279
14. Assistência de enfermagem em picadas de insetos, animais peçonhentos e mordeduras de animais (soros e vacinas).....	280
15. Assistência de pacientes: posicionamento e mobilização.....	286
16. Organização e Gestão dos Serviços de Saúde	293
17. Sistematização da assistência de enfermagem	304
18. Política Nacional de Humanização (PNH).....	306
19. Sistema Único de Saúde: conceitos, fundamentação legal, diretrizes e princípios, participação popular e controle social	311
20. Diagnóstico de Saúde na Comunidade	311
21. Diagnóstico de Saúde na Comunidade	314
22. Planejamento, organização, direção, controle e avaliação.	315
23. Indicadores de Saúde.....	315
24. A integralidade da atenção em Saúde.	315
25. Saúde da Família e atendimento domiciliar. Atenção domiciliar	316
26. Organização social e comunitária no campo da Saúde Coletiva. Políticas e Práticas em Saúde Coletiva	318
27. Vigilância em Saúde	320
28. Equipe de Saúde.....	326
29. Educação para a Saúde.....	327
30. O trabalho com grupos.....	329
31. Conhecimentos básicos sobre o Programa de Saúde da Família.....	329
32. Conhecimentos básicos sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde	329
33. Humanização e Saúde.....	334
34. O enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.....	334
35. Prevenção e tratamentos das DCNT	337
36. Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde	338

Elementos envolvidos na interpretação textual³

Toda interpretação de texto envolve alguns elementos, os quais precisam ser levados em consideração para uma interpretação completa

a) Texto: é a manifestação da linguagem. O texto⁴ é uma unidade global de comunicação que expressa uma ideia ou trata de um assunto determinado, tendo como referência a situação comunicativa concreta em que foi produzido, ou seja, o contexto. São enunciados constituídos de diferentes formas de linguagem (verbal, vocal, visual) cujo objetivo é comunicar. Todo texto se constrói numa relação entre essas linguagens, as informações, o autor e seus leitores. Ao pensarmos na linguagem verbal, ele se estrutura no encadeamento de frases que se ligam por mecanismos de coesão (relação entre as palavras e frases) e coerência (relação entre as informações). Essa relação entre as estruturas linguísticas e a organização das ideias geram a construção de diferentes sentidos. O texto constitui-se na verdade em um espaço de interação entre autores e leitores de contextos diversos. ⁵Dizemos que o texto é um todo organizado de sentido construído pela relação de sentido entre palavras e frases interligadas.

b) Contexto: é a unidade maior em que uma menor se insere. Pode ser extra ou intralinguístico. O primeiro refere-se a tudo mais que possa estar relacionado ao ato da comunicação, como época, lugar, hábitos linguísticos, grupo social, cultural ou etário dos falantes aos tempos e lugares de produção e de recepção do texto. Toda fala ou escrita ocorre em situações sociais, históricas e culturais. A consideração desses espaços de circulação do texto leva-nos a descobrir sentidos variados durante a leitura. O segundo se refere às relações estabelecidas entre palavras e ideias dentro do texto. Muitas vezes, o entendimento de uma palavra ou ideia só ocorre se considerarmos sua posição dentro da frase e do parágrafo e a relação que ela estabelece com as palavras e com as informações que a precedem ou a sucedem. Vamos a dois exemplos para entendermos esses dois contextos, muito necessários à interpretação de um texto.

Observemos o primeiro texto



<https://epoca.globo.com/vida/noticia/2015/01/o-mundo-visto-bpor-mafaldab.html>

Na tirinha anterior, a personagem Mafalda afirma ao Felipe que há um doente na casa dela. Quando pensamos na palavra doente, já pensamos em um ser vivo com alguma enfermidade. Entretanto, ao adentrar o quarto, o leitor se depara com o globo terrestre deitado sobre a cama. A interpretação desse texto, constituído de linguagem verbal e visual, ocorre pela relação que estabelecemos entre o texto e o contexto extralinguístico. Se pensarmos nas possíveis doenças do mundo, há diversas possibilidades de sentido de acordo com o contexto relacionado, dentre as quais listamos: problemas ambientais, corrupção, problemas ditatoriais (relacionados ao contexto de produção das tiras da Mafalda), entre outros.

Observemos agora um exemplo de intralinguístico



<https://www.imagemwhats.com.br/tirinhas-do-calvin-e-haroldo-para-compartilhar-143/>

³ <https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/redacao/o-que-texto.htm>

KOCH, Ingedore V. e ELIAS, Vanda M. *Ler e Compreender os Sentidos do Texto*. São Paulo: Contexto, 2006.

⁴ <https://www.enemvirtual.com.br/o-que-e-texto-e-contexto/>

⁵ PLATÃO, Fiorin, *Lições sobre o texto*. Ática 2011.

A dor torácica no pneumotórax espontâneo geralmente é localizada no dorso ou ombros e acompanhada de dispnéia. Grande pneumotórax pode produzir sinais e sintomas de insuficiência respiratória e/ou colapso cardiovascular (pneumotórax hipertensivo). Ao exame físico podemos encontrar dispnéia, taquipnéia e ausência de ruídos ventilatórios na ausculta do pulmão afetado.

O sintoma clínico mais comum da pericardite é a dor torácica, geralmente de natureza pleurítica, de localização retroesternal ou no hemitórax esquerdo, mas que, diferentemente da isquemia miocárdica, piora quando o paciente respira, deita ou deglute, e melhora na posição sentada e inclinada para frente. No exame físico podemos encontrar febre e um atrito pericárdico (que é um dado patognômico).

O prolapso da válvula mitral é uma das causas de dor torácica frequentemente encontrada no consultório médico e, também, na sala de emergência. A dor tem localização variável, ocorrendo geralmente em repouso, sem guardar relação nítida com os esforços, e descrita como pontadas, não apresentando irradiações. O diagnóstico é feito através da ausculta cardíaca típica, na qual encontramos um clique meso ou telessistólico seguido de um sopro regurgitante mitral e/ou tricúspide.

A estenose aórtica também produz dor torácica cujas características se assemelham à da doença coronariana. A presença de um sopro ejetivo aórtico e hipertrofia ventricular esquerda no ECG indica a presença da estenose aórtica mas não afasta a possibilidade de síndrome coronariana aguda.

Na miocardiopatia hipertrófica a dor torácica ocorre em 75% dos pacientes sintomáticos, e pode ter características anginosas. No exame físico podemos encontrar uma 4 bulha e um sopro sistólico ejetivo aórtico. O diagnóstico é feito pelo ecocardiograma transtorácico. O ECG geralmente mostra hipertrofia ventricular esquerda, com ou sem alterações de ST-T.

As doenças do esôfago podem mimetizar a doença coronariana crônica e aguda. Pacientes com refluxo esofágico podem apresentar desconforto torácico, geralmente em queimação (pirose), mas que às vezes é definido como uma sensação opressiva, localizada na região retroesternal ou subesternal, podendo se irradiar para o pescoço, braços ou dorso, às vezes associada à regurgitação alimentar, e que pode melhorar com a posição ereta ou com o uso de antiácidos, mas também com nitratos, bloqueadores dos canais de cálcio ou repouso.

A dor da úlcera péptica geralmente se localiza na região epigástrica ou no andar superior do abdômen mas às vezes pode ser referida na região subesternal ou retroesternal. Estas dores geralmente ocorrem após uma refeição, melhorando com o uso de antiácidos. Na palpação abdominal geralmente encontramos dor na região epigástrica.

A ruptura do esôfago é uma doença grave e rara na sala de emergência. Pode ser causada por vômitos incoercíveis, como na síndrome de Mallory-Weiss. Encontramos dor excruciante em 83% dos casos, de localização retroesternal ou no andar superior do abdômen, geralmente acompanhada de um componente pleurítico à esquerda. Apresenta alta morbimortalidade e é de evolução fatal se não tratada. O diagnóstico é firmado quando encontramos à radiografia de tórax um pneumomediastino, ou um derrame pleural à esquerda de aparecimento súbito. Enfisema subcutâneo é visto em 27% dos casos.

Em avaliação prospectiva em pacientes com dor torácica não relacionada a trauma, febre ou malignidade, 30% tiveram o seu diagnóstico firmado como decorrente de costo-condrites. Geralmente esta dor tem características pleuríticas por ser desencadeada

ou exacerbada pelos movimentos dos músculos e/ou articulações produzidos pela respiração. Palpação cuidadosa das articulações ou músculos envolvidos quase sempre reproduz ou desencadeia a dor.

A dor psicogênica não tem substrato orgânico, sendo gerada por mecanismos psíquicos, tendendo a ser difusa e imprecisa. Geralmente os sinais de ansiedade são detectáveis e com frequência se observa utilização abusiva e inadequada de medicações analgésicas.

O papel do eletrocardiograma e do monitor de tendência do segmento ST

O eletrocardiograma - O eletrocardiograma (ECG) exerce papel fundamental na avaliação de pacientes com dor torácica, tanto pelo seu baixo custo e ampla disponibilidade como pela relativa simplicidade de interpretação.

Um ECG absolutamente normal é encontrado na maioria dos pacientes que se apresenta com dor torácica na sala de emergência. A incidência de síndrome coronariana aguda nesses pacientes é de cerca de 5%..

Diversos estudos têm demonstrado que a sensibilidade do ECG de admissão para infarto agudo do miocárdio varia de 45% a 60% quando se utiliza o supradesnível do segmento ST como critério diagnóstico, indicando que perto da metade dos pacientes com infarto agudo do miocárdio não são diagnosticados com um único ECG realizado à admissão. Esta sensibilidade poderá ser aumentada para 70%-90% se utilizarmos as alterações de infradesnível de ST e/ou alterações isquêmicas de onda T, e para até 95% quando se realizam ECGs seriados com intervalos de 3-4h nas primeiras 12h pós-chegada ao hospital.

A especificidade do ECG de admissão para ausência de IAM varia de 80 a 95% 15,31,47-49. Seu valor preditivo positivo para IAM está ao redor de 75-85% quando se utiliza o supradesnível do segmento de ST como critério diagnóstico, e o valor preditivo negativo é de cerca de 85-95%. Embora a probabilidade de infarto agudo do miocárdio em pacientes com ECG normal seja pequena (5%), o diagnóstico de angina instável é um fato possível (e estes pacientes têm uma taxa de 5 a 20% de evolução para infarto agudo do miocárdio ou morte cardíaca ao final de 1 ano).

Se o método não tem acurácia diagnóstica suficiente para IAM ou angina instável, ele por si só é capaz de discriminar os pacientes de alto risco daqueles de não-alto risco de complicações cardíacas, inclusive em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST. Mesmo em pacientes com supradesnível do segmento ST na admissão, subgrupos de maior risco podem ser identificados pelo ECG.

Monitorização da tendência do segmento ST - Em virtude da natureza dinâmica do processo trombotico coronariano, a obtenção de um único ECG geralmente não é suficiente para avaliar um paciente no qual haja forte suspeita clínica de isquemia aguda do miocárdio. O recente desenvolvimento e adoção da monitorização contínua da tendência do segmento ST têm sido demonstrados como de valiosa importância na identificação precoce de isquemia de repouso.

Em pacientes com dor torácica, sua sensibilidade para detectar pacientes com IAM foi significativamente maior do que a do ECG de admissão (68% vs 55%, $p < 0,0001$), com uma elevadíssima especificidade (95%), o mesmo se observando para o diagnóstico de síndrome coronariana aguda (sensibilidade = 34%, especificidade = 99,5%).

A gestante, juntamente com seu acompanhante, deve ser orientada para identificar os sinais que indicam o início do trabalho de parto.

Para tanto, algumas orientações importantes devem ser oferecidas, como:

- a bolsa d'água que envolve o feto ainda intra-útero (bolsa de líquido amniótico) pode ou não romper-se;

- a barriga pode apresentar contrações, ou seja, uma dor tipo cólica que a fará endurecer e que será intermitente, iniciando com intervalos maiores e diminuindo com a evolução do trabalho de parto;

- no final do terceiro trimestre, às vezes uma semana antes do parto, ocorre a saída de um muco branco (parecendo "catarro") o chamado tampão mucoso, o qual pode ter sinais de sangue no momento do trabalho de parto;

- a respiração deve ser feita de forma tranquila (inspiração profunda e expiração soprando o ar).

A gestante e seu acompanhante devem ser orientados a procurar um serviço de saúde imediatamente ao perceberem qualquer intercorrência durante o período gestacional, como, por exemplo, perda transvaginal (líquido, sangue, corrimento, outros); presença de dores abdominais, principalmente tipo cólicas, ou dores localizadas; contração do abdome, abdome duro (hipertônico); parada da movimentação fetal; edema acentuado de membros inferiores e superiores (mãos); ganho de peso exagerado; visão turva e presença de fortes dores de cabeça (cefaleia) ou na nuca.

Enfatizamos que no final do processo gestacional a mulher pode apresentar um quadro denominado "falso trabalho de parto", caracterizando por atividade uterina aumentada (contrações), permanecendo, entretanto, um padrão descoordenado de contrações.

Algumas vezes, estas contrações são bem perceptíveis. Contudo, cessam em seguida, e a cérvix uterina não apresenta alterações (amolecimento, apagamento e dilatação). Tal situação promove alto grau de ansiedade e expectativa da premência do nascimento, sendo um dos principais motivos que levam as gestantes a procurar o hospital. O auxiliar de enfermagem deve orientar a clientela e estar atento para tais acontecimentos, visando evitar uma admissão precoce, intervenções desnecessárias e estresse familiar, ocasionando uma experiência negativa de trabalho de parto, parto e nascimento.

Para amenizar o estresse no momento do parto, devemos orientar a parturiente para que realize exercícios respiratórios, de relaxamento e caminhadas, que diminuirão sua tensão muscular e facilitarão maior oxigenação da musculatura uterina. Tais exercícios proporcionam melhor rendimento no trabalho de parto, pois propiciam uma economia de energia - sendo aconselháveis entre as metrossístoles.

Os exercícios respiratórios consistem em realizar uma inspiração abdominal lenta e profunda, e uma expiração como se a gestante estivesse soprando o vento (apagando a vela), principalmente durante as metrossístoles. Na primeira fase do trabalho de parto, são muito úteis para evitar os espasmos dolorosos da musculatura abdominal.

Assistência de Enfermagem em Situações Obstétricas de Risco

Na América Latina, o Brasil é o quinto país com maior índice de mortalidade materna, estimada em 134 óbitos para 100.000 nascidos vivos.

No Brasil, as causas de mortalidade materna se caracterizam por elevadas taxas de toxemias, outras causas diretas, hemorragias (durante a gravidez, descolamento prematuro de placenta), complicações puerperais e abortos. Essas causas encontram-se presentes em todas as regiões, com predominância de incidência em diferentes estados.

A consulta de pré-natal é o espaço adequado para a prevenção e controle dessas intercorrências, como a hipertensão arterial associada à gravidez (toxemias), que se caracteriza por ser fator de risco para eclampsia e outras complicações.

Denomina-se fator de risco aquela característica ou circunstância que se associa à probabilidade maior do indivíduo sofrer dano à saúde. Os fatores de risco são de natureza diversa, a saber: biológicos (idade – adolescente ou idosa; estatura - baixa estatura; peso – obesidade ou desnutrição), clínicos (hipertensão, diabetes), ambientais (abastecimento deficiente de água, falta de rede de esgotos), relacionados à assistência (má qualidade da assistência, cobertura insuficiente ao pré-natal), socioculturais (nível de formação) e econômicos (baixa renda).

Esses fatores, associados a fatores obstétricos como primeira gravidez, multiparidade, gestação em idade reprodutiva precoce ou tardia, abortamentos anteriores e desnutrição, aumentam a probabilidade de morbimortalidade perinatal.

Devemos considerar que a maioria destas mortes maternas e fetais poderiam ter sido prevenidas com uma assistência adequada ao pré-natal, parto e puerpério - "98% destas mortes seriam evitadas se as mulheres tivessem condições dignas de vida e atenção à saúde, especialmente pré-natal realizado com qualidade, assim como bom serviço de parto e pós-parto".

Entretanto, há uma pequena parcela de gestantes que, por terem algumas características ou sofrerem de alguma patologia, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para elas como para o feto. Essa parcela é a que constitui o grupo chamado de gestantes de risco.

Dentre as diversas situações obstétricas de risco gestacional, destacam-se as de maior incidência e maior risco, como abortamento, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) e sofrimento fetal.

Abortamento

Conceitua-se como abortamento a morte ovular ocorrida antes da 22ª semana de gestação, e o processo de eliminação deste produto da concepção é chamado de aborto. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 13ª semana; e tardio, quando entre a 13ª e 22ª semanas.

Algumas condições favorecem o aborto, entre elas: fatores ovulares (óvulos ou espermatozoides defeituosos); diminuição do hormônio progesterona, resultando em sensibilidade uterina e contrações que podem levar ao aborto; infecções como sífilis, rubéola, toxoplasmose; traumas de diferentes causas; incompetência istmo cervical; mioma uterino; "útero infantil"; intoxicações (fumo, álcool, chumbo e outros); hipotireoidismo; diabetes mellitus; doenças hipertensivas e fatores emocionais.

Os tipos de aborto são inúmeros e suas manifestações clínicas estão voltadas para a gravidade de cada caso e dependência de uma assistência adequada à mulher. Os tipos de aborto são 11:

- Ameaça de aborto: situação em que há a probabilidade do aborto ocorrer. Geralmente, caracteriza-se por sangramento moderado, cólicas discretas e colo uterino com pequena ou nenhuma dilatação;

após a administração de medicamentos, diminuição da temperatura corporal após banho morno, melhora da dispnéia após a instalação de cateter de oxigênio;

A realização das prescrições médicas e de enfermagem, o que permite avaliar a atuação da equipe e o efeito, na evolução do paciente, da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. Caso o tratamento não seja realizado, é necessário explicitar o motivo, por exemplo, se o paciente recusa a inalação prescrita, deve-se registrar esse fato e o motivo da negação.

Procedimentos rotineiros também devem ser registrados, como a instalação de solução venosa, curativos realizados, colheita de material para exames, encaminhamentos e realização de exames externos, bem como outras ocorrências atípicas na rotina do paciente; a assistência de enfermagem prestada e as intercorrências observadas. Incluem-se neste item, entre outros, os dados referentes aos cuidados higiênicos, administração de dietas, mudanças de decúbito, restrição ao leito, aspiração de sondas e orientações prestadas ao paciente e familiares;

As ações terapêuticas aplicadas pelos demais profissionais da equipe multiprofissional, quando identificada a necessidade de o paciente ser atendido por outro componente da equipe de saúde. Nessa circunstância, o profissional é notificado e, após efetivar sua visita, a enfermagem faz o registro correspondente.

Para o registro das informações no prontuário, a enfermagem geralmente utiliza um roteiro básico que facilita sua elaboração. Por ser um importante instrumento de comunicação para a equipe, as informações devem ser objetivas e precisas de modo a não darem margem a interpretações errôneas.

Considerando-se sua legalidade, faz-se necessário ressaltar que servem de proteção tanto para o paciente como para os profissionais de saúde, a instituição e, mesmo, a sociedade.

O processo de enfermagem proposto por Horta (1979), é o conjunto de ações sistematizadas e relacionadas entre si, visando principalmente a assistência ao cliente. Eleva a competência técnica da equipe e padroniza o atendimento, proporcionando melhoria das condições de avaliação do serviço e identificação de problemas, permitindo assim os estabelecimentos de prioridade para intervenção direta do enfermeiro no cuidado. O processo de enfermagem pode ser denominado como SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e deve ser composto por Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem. Assim, a Evolução de Enfermagem, é efetuada exclusivamente por enfermeiros. O relatório de enfermagem, que são observações, podem ser realizados por técnicos de enfermagem. Em unidades críticas como uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a evolução de enfermagem deve ser realizada a cada turno do plantão, contudo em unidades semi-críticas, como uma Clínica Médica e Cirúrgica, o número exigido de evolução em vinte e quatro horas é de apenas uma, já os relatórios, devem ser redigidos a cada plantão.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).

A Política Nacional de Humanização (PNH) é outra proposta implantada pelo SUS que vem para contribuir para que se consiga reorganizar o sistema a partir da sua consolidação e visa assegurar a atenção integral à população como estratégia de ampliação do direito e cidadania das pessoas. Formulada e lançada pelo Ministé-

rio da Saúde em 2003, apresentada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2004, protagoniza propostas de mudança dos modelos de gestão e de atenção no cotidiano dos serviços de saúde, propondo-os indissociáveis.

Segundo Benevides e Passos (2005), o conceito de humanização expressava, até então, as práticas de saúde fragmentadas ligadas ao voluntarismo, assistencialismo e paternalismo, com base na figura ideal do “bom humano”, metro-padrão, que não coincide com nenhuma existência concreta.

Para os formuladores da PNH, humanização não se restringe a “ações humanitárias” e não é realizada por seres humanos imbuídos de uma “bondade supra-humana” na feitura de “serviços ideais”.

Portanto, a Política assume o desafio de ressignificar o termo humanização e, ao considerar os usos anteriores, identifica o que recusar e o que conservar. Segundo Campo (2003):

Todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir. Criticar, desconstruir, sim; mas, que sejam explicitadas as sínteses. Sempre há alguma síntese nova, senão seria a repetição do mesmo.

Dá, a necessidade de ressignificar a humanização em saúde através de novas práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde - levando-se em conta que: sujeitos engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam. (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.390)

Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, a PNH propõe uma atuação que leve à “ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade”. Com isso, já deixa vislumbrar a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde, desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários.

No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos.