



CÓD: OP-0690T-23
7908403543809

EMBU DAS ARTES – SP

**PREFEITURA MUNICIPAL DE EMBU DAS ARTES
SÃO PAULO**

Técnico de Enfermagem

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2023

Língua Portuguesa

1. Fonema. Sílabas.	7
2. Ortografia.	10
3. Classes de Palavras: substantivo, adjetivo, preposição, conjunção, advérbio, verbo, pronome, numeral, interjeição e artigo.	11
4. Acentuação.	18
5. Concordância nominal. Concordância Verbal.	18
6. Sinais de Pontuação.	20
7. Uso da Crase.	24
8. Colocação dos pronomes nas frases.	24
9. Análise Sintática Período Simples e Composto.	25
10. Figuras de Linguagem.	30
11. Interpretação de Textos.	33

Matemática

1. Radicais: operações – simplificação, propriedade – racionalização de denominadores.	41
2. Razão e Proporção.	44
3. Porcentagem.	45
4. Juros Simples.	46
5. Conjunto de números reais.	49
6. Fatoração de expressão algébrica. Expressão algébrica – operações. Expressões algébricas fracionárias – operações – simplificação.	55
7. MDC e MMC.	56
8. Sistema de medidas: comprimento, superfície, massa, capacidade, tempo e volume: unidades de medida;	58
9. Transformações de unidades.	60
10. Estatística: noções básicas, razão, proporção, interpretação e construção de tabelas e gráficos.	61
11. Geometria: elementos básicos, conceitos primitivos, representação geométrica no plano;	66
12. Noções de probabilidade e análise combinatória.	78

Conhecimentos - Saúde

1. A Saúde Pública no Brasil.	85
2. Sistema Único de Saúde (SUS).	87
3. Redes de Atenção à Saúde.	88
4. Modelos de Atenção à Saúde.	88
5. Atenção Primária à Saúde.	90
6. Protocolos do SUS.	90
7. Gestão do SUS: diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular;	92
8. Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS.	94
9. Planejamento e Programação.	95
10. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.	96

ÍNDICE

11. Política Nacional da Atenção Básica.....	97
12. Vigilância em Saúde.....	98
13. Redes de Atenção à Saúde.....	103
14. Sistema Nacional de Informações em saúde.....	103
15. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil: retrospectiva histórica.....	106
16. reforma sanitária.....	106
17. Promoção à saúde.....	107
18. Controle social: conselhos e conferências municipais de saúde.....	108
19. Estratégia de Saúde da Família.....	108
20. Determinantes Sociais em Saúde.....	109
21. BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (Atualizada).....	110
22. BRASIL. Lei 8.142 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.....	120
23. BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. (Atualizada).....	120
24. BRASIL. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.....	124
25. BRASIL. Resolução nº 588 de julho de 2018. Institui a Política nacional de Vigilância em Saúde.....	145
26. BRASIL. Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.....	151
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.....	154
28. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, com as Emendas Constitucionais – Da Saúde.....	154
29. BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Atualizada).....	154
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.....	176
31. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa.....	177

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Processo de Trabalho em Enfermagem.....	189
2. Ética e Legislação em Enfermagem.....	199
3. Registros de Enfermagem.....	205
4. Fundamentos básicos do cuidado em Enfermagem: Preparo e administração de medicamentos e suas legislações; Interações medicamentosas.....	220
5. Nebulização, oxigenioterapia e aspiração das vias aéreas superiores.....	230
6. Cuidados com cateterismo vesical.....	237
7. Cuidados com sondas nasogástrica e nasoenteral.....	238
8. Cuidados com drenos.....	241
9. Tratamento de feridas.....	243

ÍNDICE

10. Sinais vitais.....	246
11. Processamento de artigos hospitalares	248
12. Medidas de higiene e conforto	250
13. Manuseio de material estéril	251
14. Segurança no ambiente de trabalho: Controle de infecção hospitalar e normas de biossegurança	261
15. NR 32/2005 – Saúde e Segurança Ocupacional em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e suas atualizações.....	270
16. Riscos e acidentes ocupacionais e suas formas de prevenção.....	285
17. Ergonomia.....	302
18. Medidas de proteção à saúde do trabalhador.....	302
19. Organização do ambiente e da unidade hospitalar	302
20. Programa nacional de imunização	303
21. Cuidados de Enfermagem a clientes com distúrbios: oncológicos, respiratórios, cardiovasculares, neurológicos, hematológicos, gastrintestinais, geniturinários, endócrinos, metabólicos, hidreletrolíticos, ginecológicos, obstétricos e de locomoção	316
22. Concepções sobre o processo saúde doença.....	327
23. Cuidados de Enfermagem em urgência e emergência.....	330
24. Cuidados de Enfermagem no pré, trans e pós-operatório.....	378
25. Políticas de Saúde no Brasil	385
26. Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental.....	408
27. Medidas de Educação em saúde.....	421
28. Noções de Epidemiologia geral e regional	435
29. Assistência à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, do idoso e do trabalhador.....	444
30. Prevenção de doenças infectocontagiosasV	516
31. Referências Bibliográficas - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.....	538
32. BOLICK, Dianna e outros. Segurança e Controle de Infecção. Reichmann & Affonso Editores	538
33. KAWAMOTO, Emilia Emi; FORTES, Julia Ikeda. Fundamentos de Enfermagem EPU.	538
34. LIMA, Idelmina Lopes de e outros. Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem. Editora.....	539
35. MOTTA, A. L. C. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. Iátria.	539
36. MUSSI, N.M. (et al.). Técnicas fundamentais de enfermagem.....	540
37. PIANUCCI, Ana. Saber Cuidar: Procedimentos Básicos em Enfermagem. Senac	540
38. São Paulo. - BRASIL. Portaria nº 2.616, de 12 de maio 1998. Dispõe sobre prevenção e controle das infecções hospitalares	541
39. Cadernos de Atenção Básica	545
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p.	559

LÍNGUA PORTUGUESA

FONEMA. SÍLABA.

— Fonologia

Fonologia¹ é o ramo da linguística que estuda o sistema sonoro de um idioma. Ao estudar a maneira como os fones ou fonemas (sons) se organizam dentro de uma língua, classifica-os em unidades capazes de distinguir significados.

²A Fonologia estuda o ponto de vista funcional dos Fonemas.

— Estrutura Fonética

Fonema

O fonema³ é a menor unidade sonora da palavra e exerce duas funções: formar palavras e distinguir uma palavra da outra. Veja o exemplo:

C + A + M + A = CAMA. Quatro fonemas (sons) se combinaram e formaram uma palavra. Se substituirmos agora o som M por N, haverá uma nova palavra, CANA.

A combinação de diferentes fonemas permite a formação de novas palavras com diferentes sentidos. Portanto, os fonemas de uma língua têm duas funções bem importantes: **formar palavras e distinguir uma palavra da outra.**

Ex.: mim / sim / gim...

Letra

A letra é um símbolo que representa um som, é a representação gráfica dos fonemas da fala. É bom saber dois aspectos da letra: **pode representar mais de um fonema** ou **pode simplesmente ajudar na pronúncia de um fonema.**

Por exemplo, a letra X pode representar os sons X (*enxame*), Z (*exame*), S (*têxtil*) e KS (*sexo*; neste caso a letra X representa dois fonemas – K e S = KS). Ou seja, uma letra pode representar mais de um fonema.

Às vezes a letra é chamada de **diacrítica**, pois vem à direita de outra letra para representar um fonema só. Por exemplo, na palavra *cachaça*, a letra H não representa som algum, mas, nesta situação, ajuda-nos a perceber que CH tem som de X, como em *xaveco*.

Vale a pena dizer que nem sempre as palavras apresentam número idêntico de letras e fonemas.

Ex.: bola > 4 letras, 4 fonemas
guia > 4 letras, 3 fonemas

Os fonemas classificam-se em **vogais, semivogais e consoantes.**

Vogais

São fonemas produzidos livremente, sem obstrução da passagem do ar. São mais tônicos, ou seja, têm a pronúncia mais forte que as semivogais. São o centro de toda sílaba. Podem ser **orais** (timbre aberto ou fechado) ou **nasais** (indicadas pelo ~, m, n). As vogais são A, E, I, O, U, que podem ser representadas pelas letras abaixo. Veja:

A: brasa (oral), lama (nasal)

E: sério (oral), entrada (oral, timbre fechado), dentro (nasal)

I: antigo (oral), índio (nasal)

O: poste (oral), molho (oral, timbre fechado), longe (nasal)

U: saúde (oral), juntar (nasal)

Y: hobby (oral)

Observação: As vogais ainda podem ser tônicas ou átonas.

Tônica aquela pronunciada com maior intensidade. Ex.: café, bola, vidro.

Átona aquela pronunciada com menor intensidade. Ex.: café, bola, vidro.

Semivogais

São as letras “e”, “i”, “o”, “u”, representadas pelos fonemas (e, y, o, w), quando formam sílaba com uma vogal. Ex.: No vocábulo “história” a sílaba “ria” apresenta a vogal “a” e a semivogal “i”.

Os fonemas semivocálicos (ou semivogais) têm o som de I e U (apoiados em uma vogal, na mesma sílaba). São menos tônicos (mais fracos na pronúncia) que as vogais. São representados pelas letras I, U, E, O, M, N, W, Y. Veja:

– **pai:** a letra I representa uma semivogal, pois está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba.

– **mouro:** a letra U representa uma semivogal, pois está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba.

– **mãe:** a letra E representa uma semivogal, pois tem som de I e está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba.

– **pão:** a letra O representa uma semivogal, pois tem som de U e está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba.

– **cantam:** a letra M representa uma semivogal, pois tem som de U e está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba (= cantãu).

– **dancem:** a letra M representa uma semivogal, pois tem som de I e está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba (= dancêi).

– **hifen:** a letra N representa uma semivogal, pois tem som de I e está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba (= hífêi).

– **glutens:** a letra N representa uma semivogal, pois tem som de I e está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba (= glutêis).

– **windsurf:** a letra W representa uma semivogal, pois tem som de U e está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba.

– **office boy:** a letra Y representa uma semivogal, pois tem som de I e está apoiada em uma vogal, na mesma sílaba.

¹ <https://bit.ly/36RQAOb>.

² <https://bit.ly/2slhcYZ>.

³ PESTANA, Fernando. *A gramática para concursos públicos*. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

Quadro de vogais e semivogais	
Fonemas	Regras
A	Apenas VOGAL
E - O	VOGAIS, exceto quando está com A ou quando estão juntas (Neste caso a segunda é semivogal)
I - U	SEMIVOGAIS, exceto quando formam um hiato ou quando estão juntas (Neste caso a letra "I" é vogal)
AM	Quando aparece no final da palavra é SEMIVOGAL. Ex.: Dançam
EM - EN	Quando aparecem no final de palavras são SEMIVOGAIS. Ex.: Montem / Pólen

Consoantes

São fonemas produzidos com interferência de um ou mais órgãos da boca (dentes, língua, lábios). Todas as demais letras do alfabeto representam, na escrita, os fonemas consonantais: B, C, D, F, G, H, J, K, L, M, N, P, Q, R, S, T, V, W (com som de V, *Wagner*), X, Z.

— Encontros Vocálicos

Como o nome sugere, é o contato entre fonemas vocálicos. Há três tipos:

Hiato

Ocorre hiato quando há o encontro de duas vogais, que acabam ficando em sílabas separadas (Vogal – Vogal), porque só pode haver uma vogal por sílaba.

Ex.: sa-í-da, ra-i-nha, ba-ús, ca-ís-te, tu-cu-mã-í, su-cu-u-ba, ru-im, jú-ni-or.

Ditongo

Existem dois tipos: crescente ou decrescente (oral ou nasal).

Crescente (SV + V, na mesma sílaba). Ex.: magistério (oral), série (oral), várzea (oral), quota (oral), quatorze (oral), enquanto (nasal), cinquenta (nasal), quinquênio (nasal).

Decrescente (V + SV, na mesma sílaba). Ex.: item (nasal), amam (nasal), sêmen (nasal), cãibra (nasal), caule (oral), ouro (oral), veia (oral), fluido (oral), vaidade (oral).

Tritongo

O tritongo é a união de **SV + V + SV** na mesma sílaba; pode ser oral ou nasal. Ex.: saguão (nasal), Paraguai (oral), enxáguem (nasal), averiguou (oral), deságum (nasal), aguei (oral).

Encontros Consonantais

Ocorre quando há um grupo de consoantes sem vogal intermediária. Ex.: *flor, grade, digno*.

Dígrafos: duas letras representadas por um único fonema. Ex.: *passo, chave, telha, guincho, aquilo*.

Os dígrafos podem ser consonantais e vocálicos.

– **Consonantais:** ch (chuva), sc (nascer), ss (osso), sç (desça), lh (filho), xc (excelente), qu (quente), nh (vinho), rr (ferro), gu (guerra).

– **Vocálicos:** am, an (tampa, canto), em, en (tempo, vento), im, in (limpo, cinto), om, on (comprar, tonto), um, un (tumba, mundo).

LEMBRE-SE!

Nos dígrafos, as duas letras representam um só fonema; nos encontros consonantais, cada letra representa um fonema.

De maneira geral, a sílaba é um grupo de fonemas centrados numa vogal. Toda sílaba é expressa numa só emissão de voz, com breves pausas entre cada sílaba.

Quando pronunciamos uma palavra pausadamente, este detalhe é mais perceptível.

Uma boa ferramenta para separar as sílabas é falar a palavra devagar, pausadamente: FO... NO... LO... GI... A. Percebeu?⁴

A base da sílaba é a vogal e, sem ela, não há sílaba. Existem palavras com somente uma vogal formando cada sílaba: aí, que se pronuncia a-í (duas sílabas).

4 PESTANA, F. A Gramática para concursos pública. 4ª ed. São Paulo: Método, 2019.

Em relação ao número de sílabas, as palavras classificam-se em:

- **Monossílabas** (uma vogal, uma sílaba): mão.
- **Dissílabas** (duas vogais, duas sílabas): man-ga.
- **Trissílabas** (três vogais, três sílabas): man-guei-ra.
- **Polissílabas** (mais de três vogais, mais de três sílabas): man-guei-ren-se.

— Divisão Silábica⁵

A divisão de qualquer vocábulo é assinalada pelo hífen. A regra ocorre por meio da soletração, e não pelos seus elementos constitutivos segundo a etimologia.

Seguindo este princípio, é preciso respeitar as normais a seguir:

A consoante inicial que não for seguida de vogal deve permanecer na sílaba que a segue:

Ex.: gno-ma, pneu-má-ti-co, mne-mô-ni-ca.

No interior de um vocábulo, conserva-se sempre na sílaba que a precede a consoante que não é seguida de vogal.

Ex.: ab-di-car, ét-ni-co, sub-ju-gar, op-ção.

Os elementos dos grupos consonânticos iniciais de sílaba e os diagramas *ch*, *lh*, *nh* não são separados.

Ex.: a-blu-ção, a-bra-sar, a-che-gar, ma-nhã, fi-lho.

– **Contudo:** As consonâncias *bl* e *br* nem sempre formam grupos articulados. Ademais, em alguns casos o *l* e o *r* são pronunciados de maneira separada, o que se atentará na participação do vocábulo. Já as consoantes *dl*, são proferidas de maneira desligada, com o hífen entre essas duas letras na divisão silábica, a não ser no termo onomatopéico *dlim*.

Ex.: sublin-gual, sub-rogar, ad-le-ga-ção.

Quando o *sc* se encontra no interior de um vocábulo, ele se biparte, o *s* fica numa sílaba e o *c* na sílaba imediata.

Ex.: a-do-les-cen-te, des-cer, pres-cin-dir, res-ci-são.

Nota: Será formada sílaba com o prefixo antecedente o *s* que precede consoantes.

Ex.: abs-tra-ir, ads-cre-ver, ins-cri-ção, inspe-tor, ins-tru-ir, in-ters-tí-cio, pers-pi-caz.

Sobre o *s* dos prefixos *bis*, *cis*, *des*, *dis*, *trans* e o *x* do prefixo *ex*: não são separados caso a próxima sílaba iniciar com consoante, porém, caso iniciar com vogal, acabam formando sílaba com esta e são separados do elemento prefixal.

Ex.: bis-ne-to, cis-pla-ti-no, des-li-gar, dis-tra-ção, transpor-tar, ex-tra-ir; bi-sa-vô, ci-san-di-no, de-ses-pe-rar, di-sen-té-ri-co, tran-sa-tlân-ti-co, e-xér-ci-to,.

Separam-se as vogais *idênticas* e as letras *cc*, *çç*, *rr* e *ss*. Uma ficará na sílaba precedente e a outra na seguinte.

Ex.: ca-a-tin-ga, co-or-de-nar, in-te-lec-ção, oc-ci-pi-tal, pror-ro-gar, res-sur-gir,

Nota: Em hiatos, mesmo que as vogais sejam diferentes, elas também se separam.

Ex.: a-ta-ú-de, ca-í-eis, ca-ir, du-e-lo, fi-el, flu-iu, fru-ir; gra-ú-na, je-su-í-ta, le-al, mi-ú-do, po-ei-ra, ra-i-nha, sa-ú-de, vi-ví-eis, vo-ar.

Vogais de ditongos (crescentes e decrescentes) e de tritongos não são separadas.

Ex.: ai-ro-so, a-ni-mais, au-ro-ra, a-ve-ri-gueis, ca-iu, cru-éis, en-jei-tar, fo-ga-réu, fu-giu, gló-ria, guai-ar, i-guais, ja-mais, joi-as, ó-dio, quais, sá-bio, sa-guão, sa-guões, su-bor-nou, ta-fuis, vá-rio.

Nota: A vogal após o *u* precedido de *g* ou *q* não é separada do mesmo, seja acompanhada, ou não, de consoante.

Ex.: am-bí-guo, e-qui-va-ler, guer-ra, u-bí-quo.

A translineação é a passagem para a próxima linha ao escrever um texto. Numa palavra composta ou numa combinação de palavras que possui um hífen (ou mais), e se a partição coincidir com o final de um dos elementos ou membros, o hífen deve ser repetido no começo da linha seguinte, para que haja clareza gráfica.

Ex.: Vice-
-almirante.

— Acento Tônico

Quando pronunciamos uma palavra que possui duas ou mais sílabas, é possível perceber que há sempre uma sílaba de maior intensidade sonora em comparação com as outras. **Ex.:**

Ca-lor - a sílaba **lor** é a de maior intensidade.

Fa-cei-ro - a sílaba **cei** é a de maior intensidade.

Só-li-do - a sílaba **só** é a de maior intensidade.

Classificação da sílaba quanto à intensidade

– **Tônica:** é a sílaba pronunciada com maior intensidade.

– **Átona:** é a sílaba pronunciada com menor intensidade.

– **Subtônica:** é a sílaba de intensidade intermediária. Ocorre, principalmente, em palavras *derivadas*, correspondendo à tônica da palavra primitiva.

Classificação das palavras quanto à posição da sílaba tônica

De acordo com a posição da sílaba tônica, os vocábulos da Língua Portuguesa que contêm duas ou mais sílabas são classificados em:

– **Oxítonos:** são aqueles cuja sílaba tônica é a última.

Ex.: avó, urubu, parabéns.

– **Paroxítonos:** são aqueles cuja sílaba tônica é a penúltima.

Ex.: dócil, suavemente, banana.

– **Proparoxítonos:** são aqueles cuja sílaba tônica é a antepenúltima.

Ex.: máximo, parábola, íntimo.

Observações

– As seguintes palavras, entre outras, admitem dupla tonicidade (dupla prosódia): acróbata ou acrobata; alópata ou alopata; ambrósia ou ambrosia; crisântemo ou crisantemo; hieróglifo ou hieroglifo; nefelibata ou nefelibata; Oceânia ou Oceania; ortoépia ou ortoepia; projétil ou projétil; réptil ou reptil; reseda (ê) ou resedá; sóror ou soror; homília ou homilia; geodésia ou geodesia; zângão ou zangão.

– ⁶Nas paroxítonas terminadas em **ditongo crescente**, há a possibilidade de dupla classificação. Tais palavras podem ser classificadas como paroxítonas ou *proparoxítonas eventuais* ou *aparentes*. Em casos assim, pode-se entender que *Patrícia*, *secretária*, *história*, *inventário* e outras palavras são paroxítonas e também que são “proparoxítonas eventuais”.

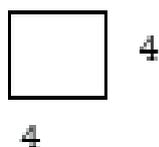
⁵ BECHARA, E. *Moderna gramática portuguesa*. 37^a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

⁶ <https://bit.ly/2tVCYTA>.

MATEMÁTICA

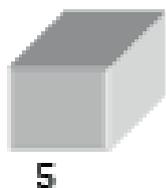
RADICAIS: OPERAÇÕES – SIMPLIFICAÇÃO, PROPRIEDADE – RACIONALIZAÇÃO DE DENOMINADORES.

Considere o quadrado ao lado.
Podemos dizer que a área desse quadrado é $4^2 = 16$



SABENDO QUE A ÁREA É 16 PODEMOS CALCULAR A MEDIDA DE SEU LADO FAZENDO $\sqrt{16} = 4$, POIS $4^2 = 16$.

Observe o cubo abaixo:
Podemos dizer que o volume do cubo é $5^3 = 125$



SABENDO QUE O VOLUME É 125, PODEMOS CALCULAR A MEDIDA DE SUA ARESTA FAZENDO $\sqrt[3]{125} = 5$, POIS $5^3 = 125$.

Da mesma forma:

$$\sqrt[3]{64} = 4, \text{ PORQUE } 4^3 = 64; \sqrt[4]{81} = 3, \text{ PORQUE } 3^4 = 81; \sqrt[3]{32} = 2, \text{ PORQUE } 2^3 = 32.$$

Ou, de modo geral, indicando a raiz enésima de a por b , podemos escrever:

$$\sqrt[n]{a} = b \Leftrightarrow b^n = a \quad (n \in \mathbb{N} \text{ e } n \geq 1)$$

NA RAIZ $\sqrt[n]{a}$, O NÚMERO n É CHAMADO ÍNDICE E O NÚMERO a , RADICANDO.

Veja os exemplos:

– NA RAIZ $\sqrt{25}$, O RADICANDO É 25 E O ÍNDICE É 2.

– NA RAIZ $\sqrt[3]{27}$, O RADICANDO É 27 E O ÍNDICE É 3.

OBSERVAÇÃO: PODEMOS OMITIR O ÍNDICE 2 NA INDICAÇÃO DA RAIZ QUADRADA. ASSIM: $\sqrt[2]{25} = \sqrt{25}$

– Raiz de um Número Real

1º Caso: $n = 1$

$$\text{SE } n = 1, \text{ ENTÃO } \sqrt[1]{a} = a$$

Exemplos:

$$- \sqrt[1]{10} = 10, \text{ PORQUE } 10^1 = 10$$

$$- \sqrt[1]{-8} = -8, \text{ PORQUE } (-8)^1 = -8$$

A raiz de índice 1 é igual ao próprio radicando.

2º Caso: n é par e $a > 0$

CONSIDERE COMO EXEMPLO A RAIZ $\sqrt{25}$. NELE O RADICANDO $A = 25$ É POSITIVO E O ÍNDICE $n = 2$ É PAR.

Temos:
 $(-5)^2 = 25$ e $(+5)^2 = 25$

Deveríamos então dizer que a raiz quadrada de 25 é 5 ou -5 , porém o resultado de uma operação deve ser único e, para que não haja dúvida quanto ao sinal da raiz, convencionaremos que:

$$\sqrt{25} = 5$$

A raiz de índice par de um número positivo é um número positivo.

3º Caso: n é ímpar

Considere como exemplos as raízes:

$$- \sqrt[3]{64}, \text{ NA QUAL } A = 64 \text{ (POSITIVO) E } n = 3 \text{ (ÍMPAR).}$$

Temos:

$$\sqrt[3]{64} = 4, \text{ PORQUE } 4^3 = 64$$

$-\sqrt[3]{-64}$, NA QUAL $A = -64$ (NEGATIVO) E $N = 3$ (ÍMPAR).
TEMOS:

$$\sqrt[3]{-64} = -4, \text{ PORQUE } (-4)^3 = -64$$

A raiz de índice ímpar tem o mesmo sinal do radicando.
Observação: A raiz de índice n do número zero é zero, ou seja:

$$\sqrt[n]{0} = 0, \text{ PARA TODO } n \in \mathbb{N}^*$$

4º Caso: n é par e $a < 0$

Considere como exemplo a raiz quadrada de -36, onde $a = -36$ (negativo) e $n = 2$ (par).

Não existe raiz quadrada real de -36, porque não existe número real que, elevado ao quadrado, dê -36.

Não existe a raiz real de índice par de um número real negativo.

— **Potência com Expoente Fracionário**

Observe as equivalências em que as bases das potências são positivas:

$$(7^3)^2 = 7^2 \Leftrightarrow \sqrt{7^6} = 7^3 \text{ e } \sqrt{7^6} = 7^{\frac{6}{2}}$$

6- Expoente do radicando
2- Índice da raiz

Essas equivalências nos sugerem que todo radical de radicando positivo pode ser escrito em forma de potência com expoente fracionário. Assim:

$$\sqrt[n]{a^m} = a^{\frac{m}{n}} \quad (a \in \mathbb{R}_+, m \in \mathbb{Z}, n \in \mathbb{N}^*)$$

Exemplos:

$$\sqrt[5]{2^3} = 2^{\frac{3}{5}}$$

$$\sqrt[4]{3} = 3^{\frac{1}{4}}$$

— **Propriedade dos Radicais**

1ª Propriedade:

CONSIDERE O RADICAL $\sqrt[3]{5^3} = 5^{\frac{3}{3}} = 5^1 = 5$

DE MODO GERAL, SE $a \in \mathbb{R}_+, n \in \mathbb{N}^*$, ENTÃO:

$$\sqrt[n]{a^n} = a$$

O radical de índice n de uma potência com expoente também igual a n dá como resultado a base daquela potência.

2ª Propriedade:

Observe:

$$\sqrt{3 \cdot 5} = (3 \cdot 5)^{\frac{1}{2}} = 3^{\frac{1}{2}} \cdot 5^{\frac{1}{2}} = \sqrt{3} \cdot \sqrt{5}$$

DE MODO GERAL, SE $a \in \mathbb{R}_+, b \in \mathbb{R}_+, n \in \mathbb{N}^*$, ENTÃO:

$$\sqrt[n]{a \cdot b} = \sqrt[n]{a} \cdot \sqrt[n]{b}$$

— **Radical de um produto – Produto dos radicais**

O radical de índice inteiro e positivo de um produto indicado é igual ao produto dos radicais de mesmo índice dos fatores do radicando.

3ª Propriedade:

Observe:

$$\sqrt{\frac{2}{3}} = \left(\frac{2}{3}\right)^{\frac{1}{2}} = \frac{2^{\frac{1}{2}}}{3^{\frac{1}{2}}} = \frac{\sqrt{2}}{\sqrt{3}}$$

DE MODO GERAL, SE $a \in \mathbb{R}_+, b \in \mathbb{R}_+, n \in \mathbb{N}^*$, ENTÃO:

$$\sqrt[n]{\frac{a}{b}} = \frac{\sqrt[n]{a}}{\sqrt[n]{b}}$$

— **Radical de um quociente – Quociente dos radicais**

O radical de índice inteiro e positivo de um quociente indicado é igual ao quociente dos radicais de mesmo índice dos termos do radicando.

4ª Propriedade:

Observe:

$$\sqrt[2]{3^8} = 3^{\frac{8}{2}} = 3^{\frac{2}{3}} = \sqrt[3]{3^2}$$

Então:

$$\sqrt[2]{3^8} = \sqrt[3]{3^2} \cdot \sqrt[3]{3^2} = \sqrt[3]{3^8}$$

De modo geral, para $a \in \mathbb{R}_+, m \in \mathbb{N}, n \in \mathbb{N}^*$, se $p \in \mathbb{N}^*$, temos:

$$\sqrt[n]{a^m} = \sqrt[n \cdot p]{a^{m \cdot p}}$$

Se p é divisor de m e n , temos:

$$\sqrt[n]{a^m} = \sqrt[n \cdot p]{a^{m \cdot p}}$$

Multiplicando-se ou dividindo-se o índice e o expoente do radicando por um mesmo número natural maior que zero, o valor do radical não se altera.

— **Simplificação de Radicais**

1º Caso

O índice do radical e o expoente do radicando têm fator comum. De acordo com a 4ª propriedade dos radicais podemos dividir o índice e o expoente pelo fator comum.

Exemplo:

Dividindo o índice 9 e o expoente 3 e 6 por 3, temos:

$$\sqrt[9]{2^3 \cdot a^6} = \sqrt[9 \div 3]{2^{3 \div 3} \cdot a^{6 \div 3}} = \sqrt[3]{2a^2}$$

2º Caso

Os expoentes dos fatores do radicando são múltiplos do índice.

CONSIDERE O RADICAL $\sqrt[n]{a^{n \cdot p}}$, COM $a \in R_+$, $n \in N^*$ E $p \in Z$.

Temos:

$$\sqrt[n]{a^{n \cdot p}} = a^{\frac{n \cdot p}{n}} = a^p$$

Assim, podemos dizer que, num radical, os fatores do radicando cujos expoentes são múltiplos do índice podem ser colocados fora do radical, tendo como novo expoente o quociente entre o expoente e o índice.

Exemplo:

$$\sqrt{8 a^2 b^8} = \sqrt{3^4 \cdot a^2 \cdot b^8} = \sqrt{3^4} \cdot \sqrt{a^2} \cdot \sqrt{b^8} = 3^2 \cdot a \cdot b^4 = 9ab^4$$

3º Caso

Os expoentes dos fatores do radicando são maiores que o índice, mas não múltiplos deste. Transforma-se o radicando num produto de potências de mesma base, sendo um dos expoentes múltiplos do índice.

Exemplo:

$$\sqrt{a^5 \cdot b^3} = \sqrt{a^4 \cdot a \cdot b^2 \cdot b} = \sqrt{a^4} \cdot \sqrt{b^2} \cdot \sqrt{a \cdot b} = a^2 b \sqrt{ab}$$

— **Passagem de um fator para fora e para dentro de um radical**

Decompõe-se o radicando num produto de fatores primos e aplica-se a propriedade da multiplicação de radicais.

Para passar um fator para dentro do radical eleva-se este ao índice do radical.

Exemplos:

$\sqrt{108}$

108 2
54 2
27 3
9 3
3 3
1

então $\sqrt{108} = \sqrt{(2^2 \cdot 3^2 \cdot 3)} = \sqrt{2^2} \cdot \sqrt{3^2} \cdot \sqrt{3} = 2 \cdot 3 \cdot \sqrt{3} = 6\sqrt{3}$

$2\sqrt{5} = \sqrt{(2^2 \cdot 5)} = \sqrt{20}$

$3^3 \sqrt{5^2} = \sqrt[3]{(3^3 \cdot 5^2)} = \sqrt[3]{(27 \cdot 25)} = \sqrt[3]{675}$

— **Racionalização de Denominadores**

Vamos transformar o radical de um denominador em um número racional a fim de facilitar o cálculo da divisão, eliminando-o do denominador. Esta racionalização pode ser feita multiplicando-se o numerador e o denominador da fração por um mesmo fator, obtendo-se uma fração equivalente à anterior. Esse fator recebe o nome de **fator de racionalização ou racionalizante**.

Vejam os casos:

1º Caso: Denominadores do tipo $\sqrt[n]{a^m}$
Observemos que:

$$\sqrt[n]{a^m} \cdot \sqrt[n]{a^{n-m}} = \sqrt[n]{a^m \cdot a^{n-m}} = \sqrt[n]{a^{m+n-m}} = \sqrt[n]{a^n} = a$$

Assim quando encontrarmos um denominador do tipo $\sqrt[n]{a^m}$ basta multiplicar o seu numerador e o seu denominador por $\sqrt[n]{a^{n-m}}$ (fator racionalizante) para eliminarmos o radical do denominador.

2º CASO: DENOMINADORES DO TIPO $\sqrt{a \pm b}$

Vamos utilizar o conceito de produto notável para resolvermos a questão:

$(A+B) \cdot (A-B) = A^2 - B^2$, aplicando ao denominador obteremos um resultado racional.

$$(\sqrt{a} + \sqrt{b}) \cdot (\sqrt{a} - \sqrt{b}) = (\sqrt{a})^2 - (\sqrt{b})^2 = a - b$$

Para este caso basta multiplicarmos o denominador pelo seu conjugado, eliminando assim o radical do denominador.

Assim:

DENOMINADOR: $\sqrt{a} + \sqrt{b} \rightarrow$ **CONJUGADO** $\sqrt{a} - \sqrt{b}$

CONHECIMENTOS - SAÚDE

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A Constituição de 1988, traz o Título VIII, denominado “Da ordem social”. Dentre os capítulos que compõem o Título da Ordem Social na Constituição Federal, tem-se a descrição da seguridade social, tida como o conjunto integrado de iniciativas geradas pela sociedade em conjunto com poder público, que visa assegurar saúde, assistência e previdência social, em respeito ao disposto no artigo 194 da Constituição Federal.

Saúde Pública

A universalidade é a nota característica desse subsistema, que é destinado a toda e qualquer pessoa que dele necessita. Não se limita à prestação de serviços de recuperação, visto que o conceito constitucional é bem mais amplo, dando ênfase à prevenção do risco, através de políticas sociais e econômicas.

A saúde estrutura-se através de um sistema unificado e hierarquizado denominado SUS – Sistema Único de Saúde. As condições de saúde, qualidade de vida e longevidade, influem diretamente no sistema previdenciário, pois, apenas como exemplos, pessoas mais saudáveis, aposentam-se menos por invalidez.

O direito à saúde pública encontra-se positivado na Constituição Federal expressamente nos artigos 6º e 196, sendo um direito social e fundamental, é um dever do Estado. A saúde é inerente ao ser humano, bem como à sua vida com dignidade, sendo fundamento da República Federativa do Brasil, expresso na Constituição Federal em seu artigo 1º, inciso III.

Dentre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 3º apresenta expressamente a busca por uma sociedade livre, justa e solidária; a erradicação da pobreza e da marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais e por fim promoção do bem de todos. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 apresenta a concepção de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei Federal nº 8.080, em 1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – possui, como princípios, a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, cabendo a ele a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (art. 6º).

Ambas, a Constituição Federal e a Lei Federal nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – definem o objeto do direito à saúde incorporando o conceito da Organização Mundial da Saúde: “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doenças e outros danos”.

O direito à saúde é um dever Estado, sendo inerente ao direito à vida com dignidade, concretizando assim o direito fundamental e social. O ser humano é o destinatário destes direitos tutelados na atual Constituição Federal da República de 1988¹.

1 LENZA, Pedro. *Direito constitucional esquematizado*. 12 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

As políticas de saúde (SUS), de previdência social e de assistência social se pautam pelos seguintes princípios constitucionais relacionados pelo legislador:

- Universalidade de cobertura e atendimento;
- Uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- Seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços;
- Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- Equidade da forma de participação no custeio;
- Diversidade da base de financiamento;
- Caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Vejamos os dispositivos constitucionais correspondentes:

TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL

(...);

CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

(...);

SEÇÃO II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios apli-

carão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - (revogado).

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

§ 7º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 8º Os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 9º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 10. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 11. Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 12. Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o § 12 deste artigo, adequarão a remuneração dos cargos ou dos respectivos planos de carreiras, quando houver, de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

*I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insu-
mos;*

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é mundialmente conhecido por ser um dos maiores, mais complexos e mais completos sistemas de saúde vigentes. Ele abrange procedimentos de baixa complexidade, como aqueles oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), e de alta complexidade, como por exemplo, transplante de órgãos. Dessa maneira, garante acesso universal e integral, de forma gratuita para a população. O SUS pode ser definido como o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados pela federação, junto de seus estados e municípios.

Até meados dos anos 80, a concepção de saúde era dada pela “ausência de doença”, contudo, com o fim da Ditadura Militar e com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ampliou-se o conceito de saúde pública no Brasil quando propôs a ideia de uma saúde preventiva, participação da população nas decisões envolvendo a saúde brasileira, descentralização dos serviços e mudanças embasadas no direito universal a saúde.

Com a publicação do relatório das decisões e pautas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a oficializar a saúde no meio jurídico brasileiro, determinando, ainda que seja promovida de forma gratuita, universal e de qualidade, para que todos tenham acesso de maneira igualitária. Dessa forma, a saúde passa a ser um direito do cidadão brasileiro e de todo aquele que estiver em território nacional e um dever do Estado.

Fernando Collor de Mello foi responsável pela sanção das leis que promoviam a criação e a organização do SUS.

*OBSERVAÇÃO: Recomenda-se a leitura na íntegra da Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ambas da Constituição Federal

Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 da Constituição Federal: Também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, traz em seu texto original: “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Em referência a essa lei, os objetivos do SUS consistem em identificar fatores determinantes da saúde, formular políticas destinadas a promover nos âmbitos econômico e social, condições para pleno exercício da saúde e aplicar ações assistenciais de proteção, promoção e recuperação com enfoque em atividades preventivas.

Além disso, determina atribuições do SUS voltadas para

a vigilância sanitária e epidemiológica, participação ativa em estratégias em saneamento básico e o desenvolvimento técnico-científico, com o intuito de ampliar as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 da Constituição Federal: É o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde. Traz em seu texto original o objetivo: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

A partir da criação dessa lei, foram criados também os Conselhos e as Conferências de Saúde, que são de extrema importância para o controle social do SUS. Os Conselhos de Saúde foram constituídos afim de fiscalizar, formular e promover ações deliberativas acerca das políticas de saúde.

Em seu texto, traz que a Conferência de Saúde é um espaço voltado para discussões sobre as políticas de saúde em todas as esferas governamentais, acontecendo de maneira ordinária a cada 4 anos em formato de fórum de discussão afim de avaliar e propor mudanças e novas políticas de saúde. Dentre as conferências nacionais, a mais importante que já aconteceu até os dias atuais foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que ficou conhecida como o pontapé inicial para a inclusão da saúde no âmbito legislativo do país.

Por fim, determina que a representação dos usuários do SUS dentro desses conselhos e conferências deve ser paritária em relação aos demais seguimentos, em outras palavras, 50% dos representantes devem ser usuários do SUS.

Princípios do SUS

Para que o SUS tenha a mesma forma de organização e a mesma doutrina em todo o território nacional, fica definido pela Constituição Federal um conjunto de elementos doutrinários e organizacionais.

— Princípios Doutrinários do SUS:

Universalização: Cabe ao Estado assegurar a saúde como um direito de todas as pessoas, garantindo o acesso a todos os serviços do SUS sem distinção de sexo, raça ou qualquer outra característica pessoal ou social.

Equidade: Se faz necessário afim de diminuir desigualdades, visto que, todas as pessoas têm o mesmo direito aos serviços oferecidos pelo SUS, mas possuem necessidades distintas, ou seja, investir onde existe a maior carência de investimentos.

Integralidade: Visa tratar as pessoas em um todo, atendendo todas as necessidades de cada indivíduo, de modo a integrar ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. Ou seja, o sistema de saúde deve estar preparado para acolher o usuário, ouvi-lo e entendê-lo como parte de um contexto social e, assim, identificar suas carências e buscar formas de supri-las.

— Princípios Organizativos:

Regionalização e Hierarquização: Define que os serviços promovidos pelo SUS devem ser organizados em níveis crescente de complexidade, abrangendo os critérios epidemiológicos, geográficos e baseados na população a ser atendida.

A hierarquização prevê a divisão de níveis de atenção (primário, secundário e terciário) afim de distribuir o atendimento de acordo com a necessidade real do paciente para o setor especializado

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Técnico em Enfermagem

PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Uma das questões que merecem ser discutida e melhor trabalhada é como a jornada de trabalho pode interferir na qualidade do serviço de saúde. A maioria dos trabalhadores inserido nesta classe ostenta uma carga de trabalho extremamente exaustiva, inclusive com plantões, que o gera stress, depressão e outras doenças relacionadas ao trabalho ou mesmo adquiridas durante este. Desta forma a reestruturação dos horários de trabalho é um importante passo para que o profissional possa desenvolver suas competências e habilidades com a máxima interação e atenção.

Além de oferecer melhores condições de trabalho é preciso que se busque por um profissional empreendedor, participativo e proativo, o que é indispensável em uma estratégia de gestão. Apoiar-se na tecnologia de ponta, melhorar os estabelecimentos de ação, motivar os colaboradores, almejar resultados em curto, médio e longo prazo é responsabilidade do gestor aos desafios que a saúde lhe impõe.

Para superar as deficiências e minimizar as dificuldades de setor tão precário em nossa sociedade é preciso uma mudança profunda na estrutura organizacional a fim de que se atendam as necessidades da atual e futura geração. As práticas de gestão de pessoas são capazes de modificar a estrutura organizacional deficiente, descrever algumas práticas para serem adotados, apontar as principais falhas existentes, propor métodos de gestão de pessoas etc.

A metodologia foi pautada pelo método bibliográfico, qualitativo e parcialmente exploratório. Utilizando-se de pesquisa bibliográfica e documental auferida em livros, artigos e monografias.

Desta feita, tem-se que a escolha do tema foi motivada pela importância que o setor de saúde tem e pelo desmerecimento com o qual vem sendo tratado. O sucateamento da saúde é fato notório. Estabelecimentos lotados, sem estrutura e com profissionais desvalorizados demonstram como o setor vem sendo ignorado e como seus profissionais vem sendo explorados por regimes trabalhistas que não fazem uso das boas práticas de gestão de pessoas.

A busca incessante por qualidade, eficiência e profissionais cada vez mais qualificados e motivados deve ser o objetivo traçado por qualquer gestor da área.

A saúde pública no Brasil

Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e acessórias que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e a acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, prestação e recuperação.

É o que dispõe a Constituição Federal no seu Artigo 196.

Nesse sentido, Sarlet e Figueiredo (2008, p. 191) ratificam:

(...) tem-se como certo que a garantia efetiva de uma existência digna abrange mais do que a garantia da mera sobrevivência física, situando-se, portanto, além do limite da pobreza absoluta. Sustenta-se, nesta perspectiva, que se uma vida sem alternativas não cor-

responde às exigências da dignidade humana, a vida humana não pode ser reduzida à mera existência. Registre-se, neste contexto, a lição de Heinrich Scholler, para quem a dignidade da pessoa humana apenas estará assegurada “quando for possível uma existência que permita a plena fruição dos direitos fundamentais, de modo especial, quando seja possível o pleno desenvolvimento da personalidade”.

A definição de saúde possui implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença; sem dúvida, a definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Segundo a OMS, diz que

O significado atribuído, atualmente, à saúde não é ausência de doença, como salientado acima, mas, sim um somatório de fatores e condições que levam o ser humano a gozar de melhor qualidade de vida, interagindo com o meio ambiente de forma a admitir uma longevidade condizente com os avanços tecnológicos do nosso século.

O relatório Lalonde sugere que existem quatro determinantes gerais de saúde, incluindo biologia humana, ambiente, estilo de vida e assistência médica. Assim, a saúde é mantida e melhorada, não só através da promoção e aplicação da ciência da saúde, mas também através dos esforços e opções de vida inteligentes do indivíduo e da sociedade.

Moraes (1996) ensina que,

quando se fala em saúde, não se tem em mente a sua relação com a doença e, conseqüentemente, com a morte. Tem-se, uma posição auto reflexiva da saúde relacionada com ela mesma e, assim, à vida e, além disso, não uma vida caracterizada como sobrevivência, mas uma vida qualificada pelo acesso aos benefícios da cidade.

Para Arouca In Tirrel e Carvalho (1993, p.32),

É o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens; a promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde, o reconhecimento do caráter sócio-econômico global dessas condições, emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis; o reconhecimento e a responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; o reconhecimento, finalmente, do caráter social desse direito; e também da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação.

Em nosso país um conceito amplo de saúde surgiu após o movimento da Reforma Sanitária, entre as décadas de 70 e 80, servindo como pano de fundo para o estabelecimento de novas diretrizes no âmbito da saúde, previsto na Constituição Federal e acima apontado.

Este Movimento surge na sociedade civil organizada, sobretudo, a partir das organizações sindicais e populares da área da saúde buscava o reconhecimento da saúde como uma questão de relevância pública, como direito do cidadão assumido claramente pelo

setor público, em suas formulações, como abrangência da integridade, ampliada para além do espectro médico assistencial (FIGUEIREDO & TANAKA, 1996, p.38).

Contudo, anos se passaram desde a criação da Lei do Sistema Único de Saúde em 1990, e ao invés de ações práticas capazes de dar valor positivo às reformas no sistema de saúde, sobram evidências do descaso para com os serviços do setor público de saúde no Brasil.

Figueiredo e Tanaka (1996, p.19:98-105) em sua obra ensina que:

O Sistema Único de Saúde – SUS que tem como conceito básico a universalização do atendimento à saúde surgiu com a Constituição atual. A ideia era atingir ampla e irrestritamente a todos os cidadãos, independente de classe social, com financiamento público. Ao sistema privado caberia a ação suplementar. Entre os vários princípios e diretrizes assistenciais e organizacionais do SUS estão: universalidade, integralidade, igualdade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade, uso da epidemiologia para planejar e alocar recursos, descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único por esfera, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento da União, Estados e Municípios e participação da comunidade.

A saúde pública do Brasil, sob três aspectos básicos, se mostra em situação alarmante, são eles a deficiência na estrutura física, a falta de disponibilidade de material-equipamento-medicamentos e a carência de recursos humanos. Os autores Figueiredo e Tanaka (1996, 19:98-105) destacam que:

Porém, o que se evidencia ao longo desses anos de implantação e implementação do SUS é o descaso para com os serviços e atividades do setor público de saúde no Brasil. A realidade que vivenciamos é de precariedade quase que absoluta no atendimento à saúde da coletividade.

As condições das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde e dos hospitais são lastimáveis, uma vez que se encontram sem a manutenção preventiva e corretiva, funcionando muitas vezes em locais improvisados e inadequados, com instalações elétricas, sanitárias e hidráulicas precárias, colocando, inclusive, em risco de morte, aqueles que lá frequentam.

As péssimas condições de atendimento à população na atenção Primária de Saúde, porta de entrada do SUS, também é retratada pela falta de equipamentos médicos, móveis, exame laboratoriais e até mesmo de medicamentos básicos.

Neste sentido Madeiro (2014, p.5):

Na área dos recursos humanos, tome-se como exemplo o Município de Fortaleza, uma das maiores capitais do Brasil, sede da copa em 2014, que em recente visita realizada pela Comissão de Saúde da OAB-CE, acompanhada pelo Ministério Público Estadual, Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e os representantes de todos os Conselhos Regionais da área de saúde, foi constatada que cerca de 60% de todos os profissionais da área da saúde são contratados com vínculo precário de trabalho através de empresas terceirizadas ou cooperativas, em total afronta à Constituição, que exige a aprovação prévia em concursos públicos para a investidura em cargo ou emprego público, ressaltando-se que a carência de médicos no SUS, se dá principalmente, pela falta de concursos públicos. O Governo Brasileiro deliberadamente vem substituindo os Concursos Públicos por contratações via ONG, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Cooperativas de Serviços ou a EBSERH, empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado, o que certamente constitui-se também em

retrocesso político. O número de equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), antigo PSF, também se revelou insuficientes, atendendo apenas a 40% da demanda. Tudo em desacordo com a Portaria Ministerial Nº 2488/GM de 21/10/2011.

Com os breves apontes é fácil notar a relevância em se discutir medidas de gestão de pessoas aplicáveis à saúde. O descaso observado deve ser substituído por ações imediatas e pautadas em resolver definitivamente questões que se arrastam por décadas e colocam em risco a população que depende do serviço público para sua sobrevivência.

Gestão de pessoas

Os primórdios da gestão de pessoas perpassa pelo modelo taylorista-fordista, cuja base era a definição do cargo e de suas funções associadas, que definiam os critérios para a seleção de pessoas.

Segundo Fleury e Fleury (2007, p.89), o lema era “o homem certo para o lugar certo”, visando maior produtividade e competitividade.

As organizações têm passado por muitas modificações, desde então, e com o passar dos anos elas têm procurado adequar-se às pessoas. Com estas alterações surge nas organizações um novo departamento e uma nova filosofia de administrar uma empresa, com a valorização das pessoas que são o maior e mais importante patrimônio a ela incorporados. É preciso agir e pensar diferente, tais condutas se mostram como requisitos indispensáveis para acompanhar a competitividade.

O contexto em que se situa a Gestão de Pessoas é representado pelas organizações e pelas pessoas. As organizações constituem-se de pessoas e dependem delas para atingirem seus objetivos e cumprir sua missão. Ao ver das pessoas, as organizações constituem o meio pelo qual elas podem alcançar seus objetivos pessoais com um mínimo de tempo, esforço e conflito. As organizações surgem então para aproveitar a sinergia dos esforços de várias pessoas que trabalham em conjunto. Sem organizações e pessoas inexistiria a Gestão de Pessoas. (CHIAVENATO, 1999).

Entretanto, isso só é possível se as pessoas que fazem parte da organização estiverem realmente comprometidas em seguir suas normas, sua missão, sua visão, ou seja, é preciso que elas estejam realmente engajadas com o cumprimento dos objetivos e das metas organizacionais.

Vislumbra-se, pois, que a Gestão de Pessoas é parte essencial em uma organização que busca a excelência e tem a qualidade como premissa.

Contudo é importante que a organização desenvolva e valorize os talentos existentes como forma de motivá-los para um bom desempenho, assim como ele se sinta útil no processo administrativo, que venha a conscientizá-lo como colaborador e como ser humano da sua importância em determinada empresa.

Para Chiavenato (1999, p. 8) “Gestão de Pessoas ou ARH é o conjunto de decisões integradas sobre as relações de emprego que influenciam a eficácia dos funcionários e das organizações”. Ainda, segundo o autor (2002, p.20) “a Gestão de Pessoas se baseia em três aspectos fundamentais: 1. As pessoas como seres humanos; 2. As pessoas são como mero recursos (humanos) organizacionais; 3. As pessoas como parceiras da organização”.

A Administração estratégica de Recursos Humanos deve, assim, conhecer, analisar e acompanhar a evolução da cultura organizacional da organização pretendida.

Conforme Hobbins (2002, p. 240) “a Cultura organizacional se refere a um sistema de valores compartilhados pelos membros que difere uma organização da outra”.

Shein em sua obra afirma que (apud Chiavenato, 1997, p. 32)

Cultura organizacional é o modelo de pressuposto básico que um grupo assimilou na medida em que resolveu os seus problemas de adaptação externa e integração interna e que, por ter sido suficientemente eficaz. Foi considerado válido e repassado (ensinado) aos demais (novos) membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas.

Chiavenato (1999, p. 172) conceitua Cultura organizacional como “o conjunto de hábitos e crenças, estabelecidos através de normas, valores, atitudes e expectativas compartilhadas por todos os membros da organização”. Ademais, a cultura espelha a mentalidade que predomina em uma organização e a dos colaboradores que ali habitam. Tudo se torna uma coisa só.

Em prol de ações que dinamizam seus processos, as organizações dependem cada vez mais das pessoas para executar tais ações e viabilizar processos de maneira ágil, flexível e eficiente, sendo que as pessoas, dotadas de necessidades e desejos, dispõem de sua capacidade, habilidade e conhecimento aplicados dentro da organização para atingirem seus objetivos e satisfazerem suas necessidades gerando, portanto, uma contribuição mútua entre pessoas e organização.

Gestão de pessoas e saúde

A eficiência dos serviços de saúde é um dever da gestão pública, a quem deve ser imputada a responsabilidade de proteger e prevenir os problemas que possam atingir a sociedade como um todo, mormente, os usuários diretos do sistema e os profissionais.

De acordo com Bosquetti e Albuquerque (2005) a área de Gestão de Pessoas desempenha uma função estratégica nas organizações. A gestão estratégica de pessoas destaca-se, assim, como requisito para alinhar as pessoas à estratégia traçada pela organização. Todavia, às vezes essa importância não é devidamente observada pelos profissionais de saúde, seja ele gestor, seja ele colaborador direto ou indireto.

Dutra (2002, p.216) em sua obra reafirma a importância na gestão de profissionais da saúde:

Neste sentido, a ação do setor de gestão de pessoas na organização que atua diretamente com os profissionais de saúde se caracteriza pela pouca autonomia em termos de inovação nas práticas de gestão ou mudanças nos modelos de recursos humanos. Estruturalmente, o setor é vinculado à direção geral ou gerência administrativa do órgão em que se situa e, política e tecnicamente, à Diretoria de Recursos Humanos (DRH) da Secretaria de Estado da Saúde. Já na esfera privada, a maioria dos setores de gestão de pessoas está subordinada à gerência administrativa ou à direção-geral da organização.

Nesse caso, destaca-se que tais organizações apresentam uma estrutura típica de empresas privadas, e a área de recursos humanos tem um papel estratégico na organização, atuando tanto no nível decisório quanto na implementação das políticas do setor.

De acordo com Cornetta (2001), na atividade organizacional moderna, a gestão de pessoas compreende um amplo conjunto de complexas atividades, todas voltadas para o pleno desenvolvimento das tarefas que a organização se propõe a realizar e as metas que pretende atingir. Ou seja, as instituições devem se reunir, traçar metas, se organizar e por em prática metas de curto, médio e longo prazo.

Para DUTRA et al. (2001), a Gestão por Competências procura orientar esforços para promover o planejamento, a captação, o desenvolvimento e a avaliação nos diferentes níveis organizacionais (individual e coletivamente), fundamentais à concretização de suas ações.

Neste sentido Cornetta, Vitória K. (2001) aponta:

No atual quadro brasileiro de saúde verifica-se a enorme desigualdade social que afeta as regiões [...] tendo como alvo principal, determinados grupos populacionais. Estas desigualdades resultam, na maioria das vezes, do atual modelo de desenvolvimento globalizado.

Para Brand (2008) qualquer que seja a natureza do setor abordado, público ou privado, o que se pode concluir é que há uma enorme carência de profissionalização no gerenciamento dos setores de gestão de pessoas das organizações de saúde.

Para programar essas transformações, os modelos de gestão precisam também ser modificados, destacando-se que a gestão dos recursos humanos passa a ser orientada por novas premissas, como referiu Dutra (2002) ao abordar o conceito de gestão de pessoas.

Finamor (2010) relata que:

Um novo contrato psicológico centrado cada vez mais no desenvolvimento mútuo, ou seja, a relação entre pessoa e organização se mantém na medida em que a pessoa contribui para o desenvolvimento da organização e a organização para o desenvolvimento da pessoa. O desenvolvimento organizacional está cada vez mais atrelado ao desenvolvimento das pessoas e, ao mesmo tempo, as pessoas valorizam cada vez mais as condições objetivas oferecidas pela empresa para o seu desenvolvimento.

Para Pereira (2001, p.20),

o desenvolvimento da gestão de pessoas se faz principalmente na vivência do cotidiano, acompanhada, supervisionada e transformada em situações de aprendizagem, cabendo ao gerente descobrir o que seu grupo pensa ou percebe, e que representações e aspirações tem a respeito de seu próprio desempenho e do papel que a organização desempenha nesse contexto.

A autora destaca que o gerente de gestão de pessoas não é mais aquele técnico responsável apenas por um setor de pessoal cujas obrigações restringem-se ao registro de ocorrências nos prontuários dos trabalhadores. Ele deve aliar à sua capacidade administrativa e ao seu conhecimento técnico um alto grau de sensibilidade, que lhe permita enxergar necessidades, expectativas, potencialidades e desejos de seus trabalhadores, bem como as necessidades da realidade social na qual estão inseridos e para qual se destina o produto de seu trabalho.

Vislumbra-se, pois, que as práticas de gestão de pessoas, principalmente, organização, planejamento e ação são medidas indispensáveis, e, neste momento, inadiáveis na saúde brasileira. Resgatar o sistema único de saúde e o atendimento particular de doentes deve ser uma meta traçada e perquirida pelas autoridades competentes.

Por fim, a par de recursos parcos e descomprometimento, o maior problema da saúde está na omissão dos usuários do sistema. Não há reação. A sociedade organizada, politizada e consciente dos seus direitos de cidadania, busca cada vez mais os hospitais privados e planos de saúde, enquanto que a faixa pobre da população se sente incapaz de reivindicar um atendimento com mais dignidade e respeito nos hospitais e postos de saúde deste país. Não que o serviço privado seja prestado de forma excelente, mas, é que ao