



CÓD: OP-112NV-23  
7908403546091

# **GUARUJÁ-SP**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE GUARUJÁ - SÃO PAULO**

Técnico de Enfermagem

**EDITAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO Nº 01/2023**  
**“TEMPORÁRIO”**

## ***Língua Portuguesa***

1. Questões que possibilitem avaliar a capacidade de Interpretação de texto,.....	5
2. conhecimento da norma culta na modalidade escrita do idioma e aplicação da Ortografia oficial; .....	5
3. Acentuação gráfica; .....	7
4. Pontuação; .....	8
5. Classes gramaticais; .....	12
6. Concordância verbal e nominal; .....	18
7. Pronomes: emprego e colocação e Regência nominal e verbal.....	20

## ***Matemática***

1. Teoria dos Conjuntos; .....	25
2. Conjuntos dos números Reais (R): operações, propriedades e problemas;.....	26
3. Cálculos Algébricos; .....	33
4. Grandezas Proporcionais - Regra de Três Simples e Composta;.....	34
5. Porcentagem e Juro Simples; .....	36
6. Sistema Monetário Brasileiro; .....	39
7. Equação do Primeiro e Segundo Grau - problemas; .....	42
8. Sistema Decimal de Medidas (comprimento, superfície, volume, massa, capacidade e tempo) - transformação de unidades e resolução de problemas;.....	45
9. Geometria: ponto, reta, plano – ângulos, polígonos, triângulos, quadriláteros, circunferência, círculo e seus elementos respectivos – figuras geométricas planas (perímetros e áreas) – sólidos geométricos (figuras espaciais): seus elementos e volumes; .....	47
10. Funções do 1º e 2º grau; .....	59
11. Sequências, Progressões Aritméticas e Geométricas. ....	92
12. Resolução de problemas.....	93

## ***Informática***

1. Sistema Operacional Microsoft Windows; .....	97
2. Microsoft Office: Editor de textos Word e Planilha Excel;.....	104
3. Internet e ferramentas Microsoft Office (2013, 2016).....	109

## ***Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem***

1. Diretrizes e bases da implantação do SUS. ....	119
2. Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde .....	120
3. Leis 8080/90 e 8142/90. ....	142
4. Decreto Federal nº 7.508, de 28/06/2011. ....	153

---

---

## ÍNDICE

---

5. Doenças de Notificação Compulsória. ....	157
6. Indicadores do nível de saúde da população. ....	159
7. Execução de ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro; .....	162
8. ações educativas aos usuários dos serviços de saúde; ações de educação continuada; .....	162
9. atendimento de enfermagem em urgências e emergências;.....	165
10. atendimento de enfermagem nos diversos programas de saúde da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e da vigilância epidemiológica .....	186
11. Preparo e esterilização de material, instrumental, ambientes e equipamentos. ....	258
12. Controle de abastecimento e estoque de materiais médico-hospitalares e medicamentos. ....	268
13. Participação na orientação e supervisão do trabalho de enfermagem, em grau auxiliar. ....	273
14. Participação na equipe de saúde. ....	280
15. Código de Ética Profissional. ....	283

---

### Infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias limpas

#### O que é?

Esse tipo de infecção ocorre após a cirurgia, na parte do corpo onde foi realizado o procedimento. Estudos estimam de um a dois casos de infecção a cada 100 cirurgias realizadas. Os sintomas mais comuns envolvem vermelhidão e dor ao redor da área operada, drenagem de líquido turvo no local e febre. A maioria dessas infecções pode ser tratada com antibióticos, selecionados pelo médico de acordo com o agente causador da infecção. Eventualmente, outra cirurgia pode ser necessária para o tratamento da infecção.

Procedimentos padronizados e baseados em boas práticas internacionais, treinamento e atualização dos profissionais e uso de produtos de boa qualidade são estratégias que nós utilizamos para prevenção dessas infecções.

#### O que medimos?

No indicador, consideramos o número de episódios de infecção no local cirúrgico após cirurgias limpas, conforme mostra o gráfico abaixo. A meta estabelecida de 0,89% é baseada em dados de série histórica institucional e os dados deste indicador referem-se ao 3º trimestre de 2018, visto que as infecções de sítio cirúrgico podem ocorrer até 90 dias após o procedimento cirúrgico.

Fonte: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/qualidade-seguranca/Paginas/prevencao-controle-infeccao.asp>

### CONTROLE DE ABASTECIMENTO E ESTOQUE DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES E MEDICAMENTOS.

#### Recursos materiais na área hospitalar

"Administração de recursos materiais nas instituições de saúde têm como objetivo coordenar todas as atividades necessárias para garantir o suprimento de todas as áreas de organização, ao menor custo possível e de maneira que a prestação de seus serviços não sofra interrupções prejudiciais aos clientes." (CASTILHO, 1991).

Objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. Os materiais são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada.

Baseados nesse conceito estão excluídos os materiais considerados permanentes, como equipamentos médico-hospitalares, mobiliário, veículos e semelhantes, e incluídos, portanto, os demais produtos, como medicamentos, alimentos, material de escritório, de limpeza, de conservação e reparos, de uso cirúrgico, de radiologia, de laboratório, reagentes químicos, vidraria, etc.

Os medicamentos, que costumam receber um tratamento diferenciado devido a sua importância estratégica para as áreas de saúde, serão considerados como um grupo de materiais uma vez que essa diferenciação não garante um gerenciamento satisfatório se comparado com os demais grupos de materiais.

Em um hospital, os gastos com materiais representam aproximadamente de 15 a 25% das despesas correntes. Em um ambulatório, a estimativa varia de acordo com a forma de prestação do serviço. A dispensação de medicamentos é um dos itens que afetam

de forma fundamental os gastos da unidade. Ainda assim, pode-se dizer que os materiais comprometem entre 2% e 5% do total de despesas correntes de uma unidade ambulatorial.

O sistema de materiais de um hospital registra de 3.000 a 6.000 itens de consumo adquiridos com certa frequência; um ambulatório, entre 200 e 500 itens. Apenas como comparação, um caminhão médio se compõe de aproximadamente 10.000 peças. Esses números mostram que a complexidade de um sistema não está restrita à quantidade de variáveis ou ao seu custo - é necessário considerar também complexidade do seu processo produtivo.

O processo de produção do setor da saúde é muito complexo e o hospital, uma das mais intrincadas unidades de trabalho, porquanto ele constitui um centro de interação de várias disciplinas e profissões, incorporando tecnologias, gerando um modelo assistencial com uma variedade enorme de itens e graus de diversidade. Uma das maiores dificuldades da administração de materiais reside na distância entre o processo produtivo e os sistemas de apoio, fato que se repete na administração de recursos humanos e outros sistemas atuantes nas unidades.

#### Por que falta material?

Uma maneira interessante de formular essa questão é: em que medida as faltas são resultantes de falhas da administração de materiais? Ou ainda: por que os sistemas meio e fim funcionam de forma tão dissociada? A resposta à questão é fundamental, pois identifica as causas e orienta as ações necessárias para sua correção. O diagnóstico inadequado leva a uma ação que não produzirá os efeitos desejados.

As causas da falta de materiais podem ser identificadas em três diferentes grupos:

##### a) Causas estruturais

Falta de prioridade política para o setor: baixos investimentos, baixos salários, corrupção, serviços de baixa qualidade, etc.

Clientelismo político: diretores incompetentes, fixação de prioridades sem a participação da sociedade, favorecimentos, etc.

Controles burocráticos: que agem sobre os instrumentos, particularmente naqueles de caráter econômico, levando à desvalorização das ações executadas e invertendo o referencial das organizações, importante lembrar que não basta fazer as coisas corretamente: deve-se também fazer as coisas certas. A burocracia somente se preocupa com o rito - ela não se interessa com o produto final.

Centralização excessiva: produz danos imensos na área de materiais. Compras centralizadas e baseadas exclusivamente em menores preços são exemplos que devem ser evitados.

##### b) Causas organizacionais

- Decorrem, em geral, das descritas anteriormente.
- Falta de objetivos: quando os objetivos não estão claros, cada unidade cria seu próprio sistema de referência. Como consequência, pode ocorrer uma dissociação entre a área fim e as áreas meio.

- Falta de profissionalismo da direção.
- Falta de capacitação e de atualização do pessoal.
- Falta de recursos financeiros.
- Falta de controles.
- Corrupção.
- Falta de planejamento.
- Rotinas e normas não estabelecidas adequadamente.

##### c) Causas individuais

- para a melhoria das condições de trabalho das equipes de enfermagem e de saúde.

Materiais de qualidade podem contribuir para a satisfação no trabalho, além de evitar o risco de acidentes.

**Classificação dos materiais**

Os materiais em unidades hospitalares usualmente são classificados segundo a duração sendo agrupados em: materiais de consumo e permanentes (LOURENÇO; CASTILHO, 2006; CASTILHO; LEITE, 1991).

Materiais permanentes são aqueles que não são estocáveis, ou que permitem apenas uma estocagem temporária, transitória, apresentando um tempo de vida útil igual ou superior a dois anos, constituem o patrimônio da instituição, como por exemplo, mobiliários, equipamentos, instrumentais e outros.

Materiais de consumo são estocados e com o uso acabam perdendo suas propriedades, sendo consumíveis, tendo uma duração de no máximo dois anos como, por exemplo, esparadrapos, extensões para oxigênio, inaladores, seringas, agulhas e outros.

Mas, existem ainda, outras classificações para os materiais de acordo com:

- Finalidade ou o uso a que se destinam (oxigenoterapia, cateterismo);
- Tamanho ou porte, de acordo com as necessidades de instalação e guarda correlacionada com as dimensões do material (pequeno, médio e grande);
- Custo;
- Matéria-prima (plásticos, silicone, metais, cerâmica, vidro);
- Função do controle (material fixo, móvel ou circulante);
- Função da guarda (perecível, inflamável, frágil, pesado, tóxico).

Em relação ao custo existe um modelo de classificação elaborado por Vilfredo Pareto, denominado curva ABC, onde os materiais são agrupados em categorias A, B ou C de acordo com o custo. Quanto à quantidade de material, os itens classe A deverão corresponder a 20%, os de classe B 20 a 30% e os de classe C, 50% do total dos materiais. Em relação ao custo ou investimento os de classe A correspondem a cerca de 50% dos custos, os de classe B de 20 a 30% e os de classe C, a 20% (CASTILHO; GONÇALVES, 2014; LOURENÇO; CASTILHO, 2006).

TIPO	A	B	C
Quantidade de material	20%	20 a 30%	50%
Custos	50%	20 a 30%	20%

Classe A – em menor número devido ao alto custo ou investimento, ou custo unitário, consumo anual ou capital investido com custo anual próximo de 50% do total do custo anual.

**Etapas da Administração de Materiais nas Unidades de enfermagem**

Como já dito anteriormente a competência e responsabilidade pelo gerenciamento de recursos materiais nas unidades de enfermagem é do enfermeiro, que ao desempenhar essa atividade realiza: a determinação e especificação dos materiais e equipamentos; o estabelecimento da quantidade de material e equipamento; a análise da qualidade dos materiais e equipamentos; a determinação dos produtos a serem adquiridos; o estabelecimento de um sistema de controle e avaliação; o acompanhamento do esquema de ma-

nutenção adotado pela instituição; a adoção de um programa de orientação da equipe de enfermagem, sobre o manuseio e conservação de materiais e equipamentos e a atualização de conhecimentos sobre os produtos utilizados na assistência à saúde e lançados no mercado (FONSECA, 1995). Ao realizar essas atividades os enfermeiros estão desempenhando as funções de: previsão, provisão, organização e controle.

**Previsão de materiais em enfermagem**

A previsão de materiais nas unidades de enfermagem consiste em: fazer levantamento das necessidades da unidade de enfermagem, identificando a quantidade e a especificidade deles para suprir essas necessidades. . Prever significa “conhecer com antecipação; antever”.

E para realizar essa função em uma unidade de enfermagem o enfermeiro deve definir através de um levantamento as necessidades de recursos, identificando a quantidade e a especificidade deles. Além da quantidade e da especificidade dos materiais necessários o enfermeiro ao realizar a previsão deve estar considerando também: a especificidade da unidade; as características da clientela; a frequência no uso dos materiais, o número de leitos na unidade; o local de guarda; a durabilidade do material e a periodicidade da reposição do material (CASTILHO; LEITE, 1991).

É necessário adotar uma prática de distribuição baseada não somente na experiência do consumo, pois essa pode ocasionar pedidos em excesso, requisições parcialmente atendidas, originando um ciclo cumulativo e danoso para a gerência de recursos materiais com elevação dos custos. Além disso temos que preocupar em atender as normas sanitárias, orientando e fundamentando a atividade de previsão de recursos materiais.

A estimativa do quantitativo de material necessário pode ser obtida através do consumo médio mensal (CMM) que consiste na observação do consumo por um período de tempo, que geralmente é de três meses, dividido pelo número de meses mais uma margem de segurança (ES) definindo-se assim uma cota de material (CM).

Um instrumento que auxilia nessa observação é o mapa de consumo de material, onde normalmente consta tipo de material, cota mensal e gastos (CASTILHO; GONÇALVES, 2014).

Para atualização dos dados a cada novo mês, acrescenta-se o valor do consumo mais recente e despreza-se o mais antigo.

Uma estimativa de material bem elaborada contribui para que não se tenha um acúmulo de materiais nas unidades, para a economia do hospital e para que o almoxarifado tenha uma visão real do material que esta sendo necessário. É necessário acrescentar 10% ao gasto mensal como margem de segurança, garantindo que não falte material para a realização dos cuidados.

**Provisão de materiais em enfermagem**

A provisão diz respeito à reposição de materiais na unidade de enfermagem. Para desempenhar essa função o enfermeiro deve realizar a requisição de materiais em impresso próprio e encaminhar a solicitação aos serviços competentes. A rotina de requisição de materiais pode sofrer pequenas alterações de acordo com a instituição, mas de modo geral, segue os seguintes passos: descrição do material em ordem alfabética com especificação do tipo, dimensão e quantidade; verificação do estoque existente; solicitação semanal, quinzenal ou mensal em impresso próprio, em duas vias ou mais; envio à Chefia do SE – quando necessário; encaminhamento da requisição ao almoxarifado de acordo com as normas do ser-

tas beneficiam o trabalho do enfermeiro como a economia de horas de trabalho e redução de custos com perdas de materiais vencidos em estoque (CONDE; BERNADINO; CASTILHO; DREHMER, 2015).

#### Manutenção

Para que a equipe de saúde possa desenvolver suas atividades, ou seja, prestar uma adequada assistência à saúde de indivíduos e comunidade, é necessário que os equipamentos existentes na unidade estejam em perfeito funcionamento, garantindo dessa forma não apenas a assistência, mas também a segurança de quem está utilizando o equipamento.

Esta atividade, que consiste em manter os materiais e equipamentos em perfeitas condições de funcionamento nos momentos em que são necessários, chama-se manutenção e para que ela ocorra é necessário que assim que a enfermagem ou equipe de saúde perceba alguma irregularidade no equipamento, o mesmo seja encaminhado para o serviço de consertos e reparos (CASTILHO; LEITE, 1991).

Segundo alguns autores, certos setores do hospital, como por exemplo, no centro cirúrgico, o enfermeiro, desempenha em papel essencial na organização e manutenção dos equipamentos. Assim sendo, o enfermeiro deve organizar, prevenir, prover, manusear e manter os materiais, para que não haja interrupções na assistência (STUMM; MAÇALAI; KIRCHNER, 2006; GUEDES; FELIX; SILVA, 2001).

Existem dois tipos de manutenção (CASTILHO; LEITE, 1991):

- Preventiva - que é realizada periodicamente nos equipamentos com o objetivo de se detectar e evitar que o mesmo venha a apresentar defeitos ou mau funcionamento também conhecida como manutenção

- Corretiva ou Reparadora - que é realizada após o aparelho ter apresentado algum problema tendo como objetivo restaurar, corrigindo o defeito apresentado pelo mesmo, também conhecida como manutenção.

#### O processo de compra dos materiais utilizados nas unidades de enfermagem

A atuação do enfermeiro no processo de compras de materiais nas instituições se dá através da atuação em comissões de licitação, ou informalmente através da opinião sobre o tipo, à quantidade e à qualidade dos materiais a serem utilizados.

Existem várias modalidades de compra, sendo que nas instituições privadas tem-se o costume de haver uma negociação direta entre o serviço de compras e os fornecedores, já nas instituições públicas normalmente segue-se um processo de licitação.

A licitação é um procedimento onde a administração pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse, visando proporcionar oportunidades iguais aos fornecedores, garantindo o princípio constitucional da isonomia (CASTILHO; GONÇALVES, 2014). Na licitação deve-se fazer uma descrição/especificação detalhada do material que se deseja adquirir sem indicação da marca, a não ser em casos excepcionais.

Segundo CASTILHO; GONÇALVES (2014), as modalidades de licitação constantes na Lei 8.666/93 são:

- Convite – utilizada entre os interessados, para escolhidos e convidados em número mínimo de três, cadastrados ou não, indicada para a compra de valores baixos, estabelecidos pela Lei.

- Tomada de preços – apenas para os cadastrados, indicada para aquisições de valores médios, estabelecidos pela Lei.

- Concorrência – para qualquer interessado, que comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital, para aquisição de valores altos.

- Concurso – utilizada para quaisquer interessados e se refere a trabalhos de natureza técnica, artística ou científica.

- Leilão – também utilizada para quaisquer interessados. Refere-se à venda de bens móveis ou produtos.

Além dessas, atualmente tem sido utilizado o Pregão que “é uma modalidade de licitação mais recente, instituída pela Lei 10.520, de 17 julho de 2002. A opção por essa modalidade, independente do valor estimado da contratação e da disputa pelo fornecimento de bens e serviços comuns, é feita por meio de propostas e lances sucessivos em sessão pública.

Essa modalidade vem ganhando espaço na Administração Pública por ser um processo mais dinâmico, que proporciona maior competitividade entre os concorrentes e maior transparência à gestão de compras, visto que a negociação é realizada em sessão pública” (CASTILHO; GONÇALVES, 2010, p.164).

A escolha de uma modalidade ou outra para compra de materiais se dá de acordo com o valor estimado, e a urgência na aquisição, como por exemplo, nos casos em que a falta do material significa um prejuízo na assistência à saúde do paciente, sendo que a tomada de preços e o convite são as realizadas mais rapidamente.

A participação do enfermeiro no processo de seleção e compras de materiais de enfermagem nas instituições é essencial. As atividades do enfermeiro neste processo basicamente envolvem:

- Auxílio na determinação do tipo de material a ser adquirido para as unidades de enfermagem;

- Padronização dos materiais;

- Especificação técnica dos materiais;

- Controle de qualidade do material a ser adquirido;

- Emissão de parecer técnico.

#### Padronização

A padronização é um método para estender a utilização de um material ao maior número possível de aplicações. Ela visa reduzir as variedades, através da unificação de dados de materiais que são semelhantes.

Segundo Castilho; Gonçalves, (2014) a importância da padronização consiste na especificação de produto para cada procedimento, diminuição da diversidade desnecessária, normatização do uso de determinados produtos, dentre outros. “É realizada por meio do estabelecimento de critérios objetivos de indicação técnica do uso do material, e do custobenefício”.

A padronização não é um procedimento que pode ser feito isoladamente, deve-se compor um comitê de padronização com a participação do corpo clínico, do administrador de materiais e da enfermagem, tendo-se por base as rotinas e técnicas do serviço de enfermagem, conhecimentos dos materiais, sabendo-se quais são semelhantes e quais podem ser substituídos, além das qualidades farmacológicas e técnicas, a facilidade de compra, o custo, a armazenagem entre outros. Entende-se que esse processo atende tanto a abordagem de aspectos mais funcionais e qualitativos dos produtos nas descrições como a aproximação da área de compra com a área de uso do material, favorecendo o processo de compra (CONDE; BERNADINO; CASTILHO; DREHMER, 2015).

Realizada desse modo, a padronização, facilitará a verificação mensal da média de consumo, o planejamento e reposição e a manutenção da qualidade dos materiais utilizados.



gem, por ser um conjunto de ciências, ciências humanas e ciências sociais, tem buscado na administração a utilização de um método científico que possa tornar seu trabalho racional (SANTOS, 2004). Os estudos realizados na área da administração retratam o papel clássico e histórico do administrador o de alguém responsável pelo trabalho dos outros, papel este que fica evidente no trabalho da enfermagem, que consiste em orientar, dirigir e controlar o esforço de um grupo para um objetivo em comum (SILVA, 1993).

O entendimento da enfermagem sob uma reflexa do que ela representa à luz das teorias de administração, possibilita a realização de estudos, tendo por base as contribuições das escolas do pensamento administrativo para a enfermagem (SOUZA, 2006). As instituições hospitalares são rigidamente hierarquizadas, sendo estabelecida uma subordinação integral de um indivíduo a outro e de um serviço a outro (SANTOS, 1994). Como a enfermagem faz parte de um destes serviços, ela reproduz esse modelo hierárquico.

Um modo de estabelecer a melhor satisfação do trabalho e aumento da produtividade tem sido a administração participativa (SOUZA, 2006). O serviço de enfermagem tem seguido o modelo da instituição, ou seja, se guia pelas propostas burocráticas, com ênfase na valorização de normas e regras encaixando na teoria da burocracia, que foi desenvolvida por Max Weber na década de 1940, surgindo para estabelecer sistemas de controle de pessoal (SOUZA, 2006; CHIAVENATO, 2000).

Todo tipo de cuidado indireto tem representado uma atividade burocrática, levando a uma preocupação da enfermagem em funções que o enfermeiro se envolve excessivamente, desempenhando funções e delegando a outros os cuidados com os pacientes (SANTOS, 1994).

A função administrativa do enfermeiro se complementa com as funções dos demais serviços que constituem a estrutura administrativa do hospital (MELO, 1996). A importância do papel do enfermeiro se reveste de importância pelo fato que são necessários recursos financeiros altos para a prestação de assistência hospitalar, sofisticação de instrumentos demanda cada vez mais o administrador possuir em todas unidades do hospital uma equipe treinada e especializada para ajudar nesta administração (CASTILHO, 1985).

Outra teoria que serve como referencial para a prática da enfermagem é a teoria geral do sistemas que consiste em três princípios básicos: os sistemas dentro de um sistema, as funções de um sistema dependem da estrutura e os sistemas são abertos (SOUZA, 2006). Partindo de um processo coletivo a enfermagem é concebida como prática social, socialmente articulada e historicamente estruturada (LUNARDI, 1999).

O enfermeiro atuando como gerente está caracterizado por diversas necessidades e possibilidades que dificilmente se aproximam de oferecer uma adequada assistência. (SOUZA, 2006). O arranjo hospitalar

A importância de uma gestão cada vez mais eficaz e eficiente nos sistemas de saúde se dá pelo fato da ampliação e aumento da complexidade do atendimento, por isso diferentes técnicas e ferramentas que historicamente eram utilizadas no setor industrial estão sendo empregadas para a área da saúde, principalmente para a gestão hospitalar (REVERE e BLACK, 2003; NIAKAS e col., 2004).

A percepção que o hospital consiste em uma instituição que através de uma intervenção terapêutica objetiva alcançar a cura de doenças é algo relativamente recente (JUNIOR, 2002). Antes do século 18 os hospitais serviram para separa os doentes da sociedade,

de modo que esperassem a morte, sem haver qualquer intervenção nos doentes, segundo Foucault (1981) os primeiros hospitais datam do final do mesmo século.

Um fator que incentivou o avanço da implementação dos hospitais foram as guerras, que tornaram os hospitais militares abundantes no continente europeu. Estes hospitais criaram sistemas de funcionamento que são utilizados até os dias atuais, tais como a identificação por leitos, fichamento de paciente e a separação por doenças (JUNIOR, 2002).

O hospital consiste em uma complexa organização devido a grande variedade de profissionais com alto grau de autonomia e ainda por ser um espaço de ensino e produção científica (AZEVEDO, 1993). As organizações hospitalares permanecem em um ambiente altamente complexo e particular que leva a funcionamento inadequado diante de lógica lucrativa dos mercados (JUNIOR, 2002).

O setor hospitalar não difere dos demais setores da economia brasileira, que enfrenta como um dos principais problemas a redução de investimentos e sua precária forma como vem sendo administrado e gerenciado (CUNHA, 2002). Por isso a qualidade dos serviços prestados em saúde tem estado a deriva de interesses específicos das instituições (BORBA, 2008).

No setor hospitalar há uma forte resistência aos programas de qualidade em função dos médicos, que de acordo com a história detinham o poder nessas organizações e portanto não analisam de forma positiva a avaliação de seu trabalho numa perspectiva de qualidade, pelo fato de se sentirem fiscalizados e medo na perda de autonomia na condução dos pacientes. Outro fator que não atrai a participação dos médicos é o fator financeiro, que em sua maioria são remunerados pela produção (BERWICK, 1994).

Pelo fato dos currículos das escolas médicas estarem fundamentadas em um modelo que dá ênfase à clínica, gera obstáculos à adesão dos médicos aos programas de qualidade, por sua deficiência e limitação na formação (OMS/OPS, 1994). Ética na administração hospitalar

O papel do significado da ética para os administradores hospitalares parece não estar claro. Estudos demonstram não ser evidente para os administradores na área da saúde a percepção de que exercem um papel de liderança crítico no desenvolvimento dos valores organizacionais, imprescindíveis para decisões éticas apropriada (CHOW apud ZOBOLI, 2002).

Incorporar a avaliação dos aspectos éticos como um dos elementos constitutivos administrativas representa uma demanda da sociedade preocupada com a qualidade dos serviços prestados.

A presença da ética é importantíssima no cotidiano do administrador da organização da saúde, principalmente quando levada em conta a razão de ser das organizações o paciente (DICKLER, 2006).

É o enfermo que impõe ao hospital a organização de comprometer-se eticamente. Faz-se necessário a construção de uma imagem ética da organização hospitalar. A imagem cultivada deve patentear uma atitude de zelo na defesa das pessoas com problemas de saúde (GEORGE apud ZOBOLI, 2002).

Atualmente, os hospitais são organizações complexas que associam inovações tecnológicas, serviço social, pessoal assalariado e autônomo, financiamento público e privado, missão de caridade e orientação para os negócios (ZOBOLI, 2002). A identidade profissional tem sido conquistada pelas vias da excelência técnica e ética. Quando o gestor desconhece tal fato, acontecem consequências desastrosas para os profissionais da saúde (ZOBOLI, 2002).

Assim, ao se levar em conta a razão de ser dos hospitais, fica patente a presença da ética no cotidiano da gestão destes serviços de saúde. É muito difícil separar a ética na assistência da ética na

trabalho pode ser caracterizado nos seguintes termos: manter o desenvolvimento das ações de enfermagem, de acordo com determinadas bases como padrões, normas estabelecidas para o alcance dos objetivos da organização, mediante a motivação, a orientação, a ajuda proporcionada ao pessoal de enfermagem, tendo em vista obter adequado, eficaz e eficiente trabalho.

Embora sendo a supervisão fundamentalmente uma função administrativa, esta colocação reflete também o seu caráter educacional, como exemplo:

- as ações de supervisão, dirigidas para conseguir o desenvolvimento do trabalho de enfermagem dentro das linhas básicas fixadas para o alcance de uma prevista produção e de um efeito esperado na comunidade, expressa a sua característica administrativa, enquanto que:

- a sua preocupação em motivar, orientar, ajudar o pessoal a fazer uso dos conhecimentos e habilidades adquiridos, visando a melhoria dos serviços prestados, revela seu caráter educacional.

Contudo, apesar desta característica e de sua interrelação com as demais funções que são cumpridas em uma organização, a função de supervisão pode ser limitada dentro de uma área claramente definida.

A dificuldade muitas vezes observada em situar a supervisão no processo administrativo decorre da falta de uma organização devidamente estruturada, portanto, carente de uma definição clara das funções, e conseqüentemente, das respectivas atividades, tarefas, e autoridade que competem a cada categoria de pessoal no exercício de seu trabalho.

Conforme referência anterior, a supervisão só pode ser significativa quando integra a unidade funcional que dinamiza os sistemas organizacionais. Uma unidade funcional significa um delimitado agregado de elementos, de certo modo dinamicamente interdependentes e relacionados que, embora apresentando características próprias, operam harmoniosamente para produzir um efeito específico. Embora esta integração torne, às vezes, difícil considerar a parcela de contribuição de cada parte da unidade, especialmente em termos do efeito total produzido, é todavia possível, isoladamente, distinguir as ações características de cada um dos seus integrantes. Em termos desta colocação, a supervisão em enfermagem de saúde pública, como parte da unidade funcional da organização, pode, embora dinamicamente relacionada com as demais funções, e apresentando alguns pontos comuns, ser identificada e reconhecida como distinta de todas elas, com por exemplo da função de controle e avaliação, com as quais e mais comumente confundida. Estas, como a supervisão, são funções administrativas, consistindo em verificar em que termos o trabalho executado corresponde ao esperado.

Sem realizar uma análise detalhada dos atributos de cada uma destas funções, é possível estabelecer diferenças entre elas, quando se considera que, o controle apenas verifica se o que foi fixado para o alcance dos objetivos foi cumprido, enquanto que a supervisão além de verificar a execução das atividades previstas, preocupa-se com a motivação e orientação para que o trabalho seja desenvolvido com o mínimo de esforço de acordo com o programado para atingir os objetivos predeterminados; a supervisão envolve um trabalho essencialmente de interrelação humana, enquanto que o controle não requer necessariamente o contato direto entre as pessoas. Por sua vez, a avaliação, através da verificação e análise do que foi cumprido, mede o grau em que os objetivos foram alcançados; mede a produtividade dos recursos disponíveis para o alcance dos objetivos, mede a qualidade dos resultados obtidos em termos do efeito produzido.

Podemos entretanto verificar que, devido a característica da função administrativa, é difícil separar cada função quando se considera os respectivos trabalhos em termos da universalidade do princípio administrativo. Se entendemos como controle, verificar se o trabalho está sendo executado conforme o previsto, a dinâmica da supervisão também envolve um certo grau de controle; envolve também avaliação, porém requerida como um mecanismo implícito no desenvolvimento de todo trabalho, para poder orientar e manter as ações que estão sendo executadas pelo pessoal, dentro dos limites do caminho traçado para se chegar ao fim esperado, e não como meio para modificar decisões previamente tomadas e normas estabelecidas para o alcance do propósito da organização.

O controle e a avaliação praticamente se processam depois de algo realizado, pois envolvem uma certa comparação entre o que foi cumprido, e o determinado, enquanto que a ação da supervisão consiste basicamente em observar o trabalho que está sendo executado, em motivar e orientar o pessoal para que o execute de acordo com normas determinadas para o alcance de objetivos estabelecidos. O trabalho de supervisão não visa mudar decisões tomadas, mas através da motivação e orientação, os possíveis desvios podem ser corrigidos, sem que isto implique em mudança de normas, ou que se confunda com a função de treinamento de pessoal, uma vez que este é uma das condições para que a supervisão se processe. Dentre as funções administrativas, a supervisão, quando devidamente cumprida, é a que mais contribui para manter a coordenação dos recursos humano e material da organização, e a que mais subsídios proporciona para a avaliação dos resultados obtidos em termos de qualidade e quantidade.

Assim como a entendemos, a supervisão em enfermagem de saúde pública (como em qualquer outra área) pressupõe a existência de certas condições sem as quais o desempenho desta função será inexpressivo. Destacamos as mais importantes para a enfermagem:

- 1 - Existência de um órgão estrutural e funcionalmente organizado de tal modo, que assegure o desenvolvimento da supervisão como é aqui compreendida. Envolve uma definição clara de:

- funções e respectivas atividades, bem como autoridade para executá-las;
- normas técnico-administrativas para orientar a execução das atividades;

- padrão administrativo para os diferentes níveis de serviços;

- 2 - Disponibilidade de recursos materiais e humanos com a devida qualificação para assumirem as funções de supervisão;

- 3 - Pessoal com o devido treinamento para executar as atividades e tarefas requeridas para o alcance dos objetivos e metas propostas nos programas a serem desenvolvidos;

- 4 - Reconhecimento e aceitação por parte dos administradores sobre o Significado da supervisão.

A supervisão em termos do significado expresso neste trabalho, pode ser esquematizada dentro do seguinte contexto:



Estas fases do trabalho se aplicam em qualquer situação de supervisão, variando apenas em grau de especificação, conforme a extensão e complexidade da situação envolvida. Ex.: a supervisão realizada pela enfermeira de nível intermediário, requerendo uma cobertura mais ampla, sempre envolve um plano e uma organização mais complexos do que a supervisão realizada pela enfermeira de nível local cuja área é mais restrita.

Entretanto, estas variações na amplitude do plano e organização não implicam em mudança da dinâmica da supervisão. Ela se processa do mesmo modo e com igual propósito em toda situação.

Pressupondo um serviço de saúde pública, onde a supervisão deverá ser implantada em todos os níveis de atuação, apresentaremos a seguir uma sugestão de como a supervisão poderá ser desenvolvida, abordando aspectos do seu preparo, da realização e da fase a que se segue a esta:

### 3.1 Plano de supervisão

Para que a supervisão seja a mais eficiente possível, é necessário que se faça uma previsão das possibilidades reais para seu desenvolvimento. Como base, a enfermeira terá que dar os seguintes passos:

3.1.1 tomar conhecimento da realidade da situação da sua área de atuação. Envolve a análise e interpretação de informações coletadas sobre a estrutura técnico-administrativa do Serviço de Saúde Pública, sobre a enfermagem nesta estrutura, sobre a situação de saúde da comunidade envolvida, bem como, sobre os programas elaborados para atender as necessidades da área de saúde identificadas.

A análise das informações relativas aos aspectos, institucional e profissional, serve de base para a enfermeira determinar se existem as precondições para uma eficiente supervisão.

Quando já existe uma organização com sua filosofia, política de trabalho, propósitos bem definidos, correta estrutura organizacional, as possibilidades para o desenvolvimento da supervisão são mais reais.

Através da análise destas informações, a enfermeira tomará conhecimento sobre:

a. como o enfermagem está estrutural e funcionalmente organizada dentro das várias unidades onde deverá realizar a supervisão, especialmente em relação às funções, se estão claramente delimitadas em termos de definição das respectivas atividades e tarefas, autoridade e responsabilidades. Isto é básico para a supervisão, tanto em relação ao trabalho do pessoal de enfermagem como da própria supervisora. A falta de uma clara definição de autoridade e responsabilidade da atribuição da supervisora, pode trazer confusão e ser a causa da limitação do trabalho de supervisão; sobre a categoria e número de pessoal de enfermagem disponível;

b. os programas de saúde para atender as necessidades identificadas em cada área programática e como são eles desenvolvidos. O estudo destes programas, especialmente aqueles que demandam a participação da enfermagem, é essencial para supervisão, pois o eficiente desempenho desta função depende também do conhecimento dos objetivos de cada programa, das atividades previstas em termos de categoria, composição instrumental requerida para produzi-las, bem como das normas estabelecidas para orientar o desenvolvimento dos programas;

c. o treinamento recebido pelo pessoal de enfermagem para executar as atividades que lhes competem;

d. a qualidade dos serviços de enfermagem prestados, se tem sido satisfatória; quais os problemas encontrados e que sugestões têm sido ou devem ser propostas para solucioná-los.

A análise das informações sobre a situação de saúde da população onde a supervisão deve ser realizada, proporciona um quadro geral das necessidades da área de saúde, também importante para a supervisão.

Estas e outras informações significativas focalizadas pela enfermeira, são condições básicas para os passos seguintes:

3.1.2 identificar as necessidades da área de enfermagem e os aspectos que requerem supervisão;

3.1.3 determinar as prioridades, é outra fase. Todo programa de saúde da unidade sanitária envolve muitos problemas que demandam atenção, e muitos objetivos a serem alcançados. A supervisora, especialmente aquela que conta com muitas unidades de trabalho sob sua responsabilidade, terá que estabelecer prioridades, a fim de poder atender de modo eficiente a todas.

3.1.4 elaborar o plano de ação de supervisão, incluindo:

a. definição de objetivos e metas de supervisão, especificando o prazo para que sejam alcançados em termos de atendimento imediato e mediato;

b. as linhas básicas operacionais;

c. a organização requerida incluindo:

- determinação das atribuições da supervisora, conforme o escalão hierárquico a que se refere - central - intermediária - local;

- determinação do número de unidades de trabalho sob a responsabilidade de cada supervisora;

- estimativa do número de supervisoras requerido por nível de atuação;

- elaboração de sistema de normas e procedimentos;

- elaboração de sistema de registro e arquivos;

- outros aspectos significativos como critérios de avaliação em supervisão.

Este esquema de plano inicial, poderá servir de guia para ser aplicado nas subseqüentes situações de trabalho da supervisora em qualquer nível, desde que sejam observadas as devidas adaptações às situações presentes.

Na continuidade do trabalho da supervisora, como por exemplo, quando a supervisão é realizada por enfermeira de um nível superior:

- a análise da situação é um aspecto implícito no trabalho de supervisão para identificar as necessidades na área de enfermagem e sempre precederá o plano de ação, mas a supervisora poderá limitar-se ao estudo de relatórios ou outra forma de comunicação existente, referente à sua área de atuação.

- as prioridades sobre supervisão, serão estabelecidas com base nas informações obtidas sobre a situação presente, relativa a cada uma das unidades de trabalho atribuídas à supervisora, e as visitas a serem realizadas serão precedidas do preparo requerido, como:

- seleção das unidades requerendo supervisão, de acordo com as prioridades estabelecidas;

- determinação de itinerário mais econômico e que ao mesmo tempo favoreça o atendimento de prioridade;

- escolha da época mais oportuna para a supervisão;

- estimativa do tempo previsto para as visitas;

- previsão de recursos materiais necessários;

3.2.8 registro das conclusões sobre as atividades observadas, em modelos próprios para a supervisão. Estes dados poderão servir como base para uma futura avaliação do trabalho de enfermagem.

3.2.9 Avaliação das atividades de supervisão.

O trabalho do supervisor deverá também ser periodicamente avaliado, quer sob o aspecto de auto-avaliação como também realizada pelos superiores hierárquicos, para verificar se o seu desempenho corresponde ao esperado.

Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671974000100058](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671974000100058)

## PARTICIPAÇÃO NA EQUIPE DE SAÚDE.

### Trabalho em Equipe

O trabalho em equipe caracteriza-se pela relação recíproca entre trabalho e interação, visto que a comunicação entre profissionais faz parte do exercício cotidiano de trabalho e lhes permite articular as inúmeras ações executadas na equipe, no serviço e na rede de atenção.

O conceito de equipe que procura integrar o funcionamento com o vínculo emocional é um conjunto de pessoas com um senso de identidade, manifesto em comportamentos desenvolvidos e mantidos para o bem comum, em busca de resultados de interesse comum a todos os seus integrantes, decorrentes da necessidade mútua para atingir objetivos e metas específicas.

Na área da saúde, o trabalho em equipe (TE) é considerado um instrumento indispensável de atuação dos profissionais. Considerando os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação às ações de gestão da saúde, devem ser priorizadas ações que visem motivar os membros.

O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Nesse contexto, trabalhar em equipe requer, de cada um, sentir-se, realmente, como membro de uma equipe. Sem este sentimento, dificilmente um conjunto de pessoas se tornará uma equipe. Portanto, se faz primordial um processo permanente de autoconhecimento, autodesenvolvimento, enfatizando a contribuição ao desenvolvimento do outro.

Trabalhar em equipe é o meio mais adequado para que se possa obter melhores resultados. A assistência em saúde aponta fatores que podem interferir nesse processo como a comunicação, relações interpessoais, relações de poder, planejamento e processo decisório, cultura e filosofia organizacional. Apontam ainda que o trabalho em equipe não pode ser considerado como uma atividade automática, mas sim uma habilidade que deve ser desenvolvida com efetividade.

Dois aspectos caracterizam a equipe e integração: a articulação das inúmeras ações executadas pelos distintos profissionais, e a comunicação entre seus componentes, orientada para o entendimento. Entretanto, há que se considerar que as intervenções não se desvinculam dos sujeitos que as executam nem da situação de trabalho coletivo onde se encontram.

Diante disso, considera-se que uma equipe, quando valoriza a comunicação no trabalho e atua de forma cooperativa e integrada, tem maiores possibilidades de diminuir o distanciamento existente entre as categorias profissionais, na medida em que é considerada

a importância do trabalho de cada integrante da equipe para o desenvolvimento das ações em saúde. A comunicação é considerada como a principal ferramenta para que os conflitos sejam convertidos em crescimento para a equipe, um aprende com o outro e esse aprendizado é que promove crescimento.

É importante destacar que a configuração dos diferentes tipos e finalidades, modos de organização e operação do trabalho em equipe em saúde vem se tornando objeto de estudo e discussão para muitos autores, assumindo maior destaque os problemas relacionados à efetiva articulação entre as ações e à interação entre os profissionais de saúde no seu cotidiano do trabalho.

### Estratégia Saúde da Família (ESF)

Nas últimas décadas, a crise estrutural do setor público é entrevistada pela fragilidade apresentada tanto na eficiência como na eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas, o que gera um hiato entre os direitos sociais constitucionalmente garantidos e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos associados aos mesmos. Como continuidade ao processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual foi seguido pelo movimento denominado Reforma Sanitária – amplamente debatido por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas repercussões culminaram na redação do artigo 196 da Constituição de 1988 –, a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente ligada à superação dessa problemática. Com relação aos estados e municípios, o processo de descentralização foi deflagrado através dos convênios do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS), enquanto se realizavam os debates para aprovação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano.

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudanças – inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS – têm sido esboçadas ao longo do tempo, traduzidas, entre outras, nos projetos de criação dos distritos sanitários e dos sistemas locais de saúde. Essas iniciativas, entretanto, apresentam avanços e retrocessos e seus resultados têm sido pouco perceptíveis na estruturação dos serviços de saúde, exatamente por não promover mudanças significativas no modelo assistencial. Nessa perspectiva, surgem situações contraditórias para estados e municípios, relacionadas à descontinuidade do processo de descentralização e ao desenho de um novo modelo.

Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, nesse, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.

Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.

As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e