

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SES-DF

Enfermeiro Obstetra e Enfermeiro de Família e Comunidade

Edital Nº 08, De 02 De Março De 2018

MR024-2018

DADOS DA OBRA

Título da obra: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Cargo: Enfermeiro Obstetra e Enfermeiro de Família e Comunidade

(Baseado no Edital Edital Nº 08, De 02 De Março De 2018)

- Língua Portuguesa
- Raciocínio Lógico e Matemático
- Sistema Único de Saúde (SUS)
- Legislação Aplicada aos Servidores do Governo do Distrito Federal
 - Atualidades
 - Conhecimentos Específicos - Enfermeiro Obstetra
- Conhecimentos Específicos - Enfermeiro de Família e Comunidade

Gestão de Conteúdos

Emanuela Amaral de Souza

Diagramação/ Editoração Eletrônica

Elaine Cristina

Igor de Oliveira

Camila Lopes

Thais Regis

Produção Editorial

Suelen Domenica Pereira

Julia Antoneli

Mirian Astorga

Capa

Joel Ferreira dos Santos

SUMÁRIO

Língua Portuguesa

1 Compreensão e intelecção de textos.	83
2 Tipologia textual.	85
3 Ortografia.	44
4 Acentuação gráfica.	47
5 Emprego do sinal indicativo de crase.	71
6 Formação, classe e emprego de palavras.....	07
7 Sintaxe da oração e do período.....	63
8 Pontuação.	50
9 Concordância nominal e verbal.	52
10 Colocação pronominal.	74
11 Regência nominal e verbal.	58
12 Equivalência e transformação de estruturas.	04
13 Paralelismo sintático.....	63
14 Relações de sinonímia e antonímia.....	76

Raciínio Lógico e Matemático

1 Operações, propriedades e aplicações (soma, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação).	01
2 Princípios de contagem e probabilidade.....	93
3 Arranjos e permutações.	93
4 Combinações.	93
5 Conjuntos numéricos (números naturais, inteiros, racionais e reais) e operações com conjuntos.	01
6 Razões e proporções (grandezas diretamente proporcionais, grandezas inversamente proporcionais)	11
Porcentagem	74
Regras de três simples e compostas.	15
7 Equações e inequações.	23
8 Sistemas de medidas.....	19
9 Volumes.	19
10 Compreensão de estruturas lógicas.	99
11 Lógica de argumentação (analogias, inferências, deduções e conclusões).	112
12 Diagramas lógicos.....	116

Sistema Único de Saúde (Sus)

1 Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) - princípios, diretrizes e arcabouço legal.	01
2 Controle Social no SUS.	04
3 Resolução no 453/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.	05
4 Constituição Federal, artigos de 194 a 200.	08
5 Lei Orgânica da Saúde - Lei no 8.080/1990, Lei no 8.142/1990 e Decreto Presidencial no 7.508/2011	10
6 Determinantes Sociais da Saúde.	23
7 Sistemas de Informação em Saúde.	24

SUMÁRIO

Legislação Aplicada aos Servidores do Governo do Distrito Federal

1 Lei Orgânica do Distrito Federal e alterações posteriores.....	01
2 Lei Complementar no 840, de 23 de dezembro de 2011 (dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais).....	63

Atualidades

1 Realidade étnica, social, histórica, geográfica, cultura, política e econômica do Distrito Federal e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE).....	01
---	----

Conhecimentos Específicos - Enfermeiro Obstetra

1 Processo de enfermagem.	01
2 Sistematização da Assistência em Enfermagem.	01
3 Biossegurança, prevenção e controle de riscos ocupacionais e de infecções hospitalares.	06
4 Administração em Enfermagem.	16
5 Dimensionamento de profissionais de enfermagem.	16
6 Fisiologia da gestação, parto e puerpério.	23
7 Farmacologia aplicada ao ciclo gravídico puerperal.	23
8 Assistência de Enfermagem no climatério, menopausa e esterilidade.	23
9 Assistência à saúde materna e perinatal baseada em evidências científicas.	23
10 Assistência de enfermagem ao pré-parto, parto e puerpério.	23
11 Intercorrências patológicas na gestação, parto e puerpério (hemorragias pós-parto e síndromes hemorrágicas na gestação, síndromes hipertensivas).	23
12 Processos infecciosos na gestação (trato urinário, vulvo-vaginites, infecções congênitas: sífilis, HIV, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose).	23
13 Reanimação neonatal.	23
14 Exames pré-natal de rotina avaliação e conduta.	23
15 Práticas de atenção ao risco obstétrico e neonatal baseadas em evidências científicas: assistência perinatal e morbimortalidade materna.	23
16 Assistência às urgências e emergências gerais, obstétricas e neonatais.	23
17 Assistência ao recém-nascido em sala de parto.	23
18 Alojamento conjunto espaço de cuidado e educação.	23
19 Incentivo ao aleitamento materno e do vínculo mãe-bebê.	23
20 Cuidados de enfermagem em triagem neonatal.	23
21 Método Canguru.	23
22 Assistência de enfermagem relacionada ao manuseio de hemocomponentes e hemoderivados.	23
23 Educação em saúde: educação popular em saúde e sua aplicação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde materno-infantil.	23
24 Conhecimentos relacionados ao Banco de Leite Humano.	23
25 Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes/MS/2012.	23
26 Assistência à mulher em situação de abortamento e violência. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento/MS/2011.....	23
27 Assistência à mulher no planejamento familiar: Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar.	23
28 Programa Nacional de Imunizações.	23
29 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).	23
30 Políticas públicas para a promoção da saúde materna e perinatal no Brasil: diretrizes nacionais para a assistência ao pré-natal e ao puerpério e as doenças sexualmente transmissíveis.	23
31 Legislação específica para a enfermagem em obstetrícia e técnicas obstétricas e relacionadas ao recém-nascido.	23
32 Requisitos técnicos de funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	23

SUMÁRIO

33 Rede Cegonha e publicações relacionadas: Lei nº 11.108/2005, Lei nº 11.634/2007, Portaria GM/MS nº 1.459/2011, Portaria GM/MS nº 930/2012, Portaria GM/MS nº 1.020/2013, Portaria SAS/MS nº 371/2014 e Portaria GM/MS nº 11/2015). 23

Conhecimentos Específicos - Enfermeiro de Família e Comunidade

1 Gerenciamento da Assistência em Enfermagem e gerenciamento dos serviços de saúde.	01
2 Educação em Saúde e Educação Continuada.	01
3 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).	09
4 Processo de Enfermagem - teoria e prática.	09
5 Teorias em Enfermagem.	09
6 Administração de materiais.	09
7 Enfermagem: normas, rotinas e manuais, elaboração e utilização na enfermagem.	09
8 Política Nacional de Atenção Básica - Portaria nº 2.436/2017 - 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 (SUS). ..	12
9 Portaria nº 1.654/2011- institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	12
10 Programa Saúde na Escola.	22
11 Portaria nº 77/2017 - estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.	22
12 ESF - Estratégia Saúde da Família: legislação, conceitos e funcionamento.	23
13 Atenção a saúde de populações vulneráveis (LGBT, população em situação de rua, pessoa com deficiência).	24
14 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Caderno de Atenção Básica nº 39.	24
15 Normas e Cadernos de Atenção Básica (CAB) do Ministério da Saúde para atuação: mulher (CAB nos 23, 32 e 33); adolescente, idoso, DST e AIDS (CAB nos 18 e 26); hanseníase e hipertensão (CAB no 37); diabetes (CAB no 36); obesidade (CAB no 38); doenças crônicas (CAB no 35); acolhimento a demanda espontânea (CAB no 28 - volumes I e II); e demais programas da Atenção Básica.	33
16 Assistência de Enfermagem em Saúde Mental (CAB no 34).	72
17 Assistência integral às pessoas em situação de risco: violência e negligência contra criança, adolescente, mulher e idoso.	80
18 Programa Nacional de Imunizações: considerações gerais, calendário de vacinação, vacinação contra as doenças imunopreveníveis, cadeia de frio.	80
19 Tratamento e prevenção de lesões cutâneas.	85
20 Consulta de enfermagem.	86
21 Medidas de higiene e de segurança nos serviços de enfermagem e para o trabalhador.	88
22 Assistência integral por meio do trabalho em equipes: de enfermagem, multiprofissional e interdisciplinar.	88
23 Planejamento de ensino com vistas ao auto-cuidado: promoção e prevenção da saúde.	92
24 O trabalho com grupos.	92
25 Noções de toxicologia.	93
26 Diagnóstico de Saúde na Comunidade.	94
27 Vigilância em saúde - conceitos, funções, indicadores (CAB nos 21 e 22).	94
28 Doenças e agravos de notificação compulsória.	94
29 Enfermagem em situações de urgência e emergência.	108
30 Equipamento de proteção individual; precauções padrão; técnicas de isolamento.	114
31 Assistência de Enfermagem em picadas de insetos, animais peçonhentos e mordeduras de animais (soros e vacinas).	115
32 Procedimentos básicos de enfermagem (CAB no 30).	115
33 Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.	132

LÍNGUA PORTUGUESA

Letra e Fonema.....	01
Estrutura das Palavras.....	04
Classes de Palavras e suas Flexões.....	07
Ortografia.....	44
Acentuação.....	47
Pontuação.....	50
Concordância Verbal e Nominal.....	52
Regência Verbal e Nominal.....	58
Frase, oração e período.....	63
Sintaxe da Oração e do Período.....	63
Termos da Oração.....	63
Coordenação e Subordinação.....	63
Crase.....	71
Colocação Pronominal.....	74
Significado das Palavras.....	76
Interpretação Textual.....	83
Tipologia Textual.....	85
Gêneros Textuais.....	86
Coesão e Coerência.....	86
Reescrita de textos/Equivalência de Estruturas.....	88
Estrutura Textual.....	90
Redação Oficial.....	91
Funções do "que" e do "se".....	100
Varição Linguística.....	101
O processo de comunicação e as funções da linguagem.....	103

Na produção de vogais, a boca fica aberta ou entreaberta. As vogais podem ser:

- **Orais:** quando o ar sai apenas pela boca: /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.

- **Nasais:** quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais.

/ã/: *fã, canto, tampa*

/ẽ/: *dente, tempero*

/ĩ/: *lindo, mim*

/õ/: *bonde, tombo*

/ũ/: *nunca, algum*

- **Átonas:** pronunciadas com menor intensidade: *até, bola*.

- **Tônicas:** pronunciadas com maior intensidade: *até, bola*.

Quanto ao timbre, as vogais podem ser:

- Abertas: *pé, lata, pó*

- Fechadas: *mês, luta, amor*

- Reduzidas - Aparecem quase sempre no final das palavras: *dedo* ("dedu"), *ave* ("avi"), *gente* ("genti").

2) Semivogais

Os fonemas /i/ e /u/, algumas vezes, não são vogais. Aparecem apoiados em uma vogal, formando com ela uma só emissão de voz (uma sílaba). Neste caso, estes fonemas são chamados de *semivogais*. A diferença fundamental entre vogais e semivogais está no fato de que estas não desempenham o papel de núcleo silábico.

Observe a palavra *papai*. Ela é formada de duas sílabas: *pa - pai*. Na última sílaba, o fonema vocálico que se destaca é o "a". Ele é a vogal. O outro fonema vocálico "i" não é tão forte quanto ele. É a semivogal. Outros exemplos: *saudade, história, série*.

3) Consoantes

Para a produção das consoantes, a corrente de ar expirada pelos pulmões encontra obstáculos ao passar pela cavidade bucal, fazendo com que as consoantes sejam verdadeiros "ruídos", incapazes de atuar como núcleos silábicos. Seu nome provém justamente desse fato, pois, em português, sempre consoam ("soam com") as vogais. Exemplos: /b/, /t/, /d/, /v/, /l/, /m/, etc.

Encontros Vocálicos

Os encontros vocálicos são agrupamentos de vogais e semivogais, sem consoantes intermediárias. É importante reconhecê-los para dividir corretamente os vocábulos em sílabas. Existem três tipos de encontros: o *ditongo*, o *tritongo* e o *hiato*.

1) Ditongo

É o encontro de uma vogal e uma semivogal (ou vice-versa) numa mesma sílaba. Pode ser:

- **Crescente:** quando a semivogal vem antes da vogal: *sé-rie* (i = semivogal, e = vogal)

- **Decrescente:** quando a vogal vem antes da semivogal: *pai* (a = vogal, i = semivogal)

- **Oral:** quando o ar sai apenas pela boca: *pai*

- **Nasal:** quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais: *mãe*

2) Tritongo

É a sequência formada por uma semivogal, uma vogal e uma semivogal, sempre nesta ordem, numa só sílaba. Pode ser oral ou nasal: *Paraguai* - Tritongo oral, *quão* - Tritongo nasal.

3) Hiato

É a sequência de duas vogais numa mesma palavra que pertencem a sílabas diferentes, uma vez que nunca há mais de uma vogal numa mesma sílaba: *saída* (sa-í-da), *poesia* (po-e-si-a).

Encontros Consonantais

O agrupamento de duas ou mais consoantes, sem vogal intermediária, recebe o nome de *encontro consonantal*. Existem basicamente dois tipos:

1-) os que resultam do contato consoante + "l" ou "r" e ocorrem numa mesma sílaba, como em: *pe-dra, pla-no, a-tle-ta, cri-se*.

2-) os que resultam do contato de duas consoantes pertencentes a sílabas diferentes: *por-ta, rit-mo, lis-ta*.

Há ainda grupos consonantais que surgem no início dos vocábulos; são, por isso, inseparáveis: *pneu, gno-mo, psi-có-lo-go*.

Dígrafos

De maneira geral, cada fonema é representado, na escrita, por apenas uma letra: *lixo* - Possui quatro fonemas e quatro letras.

Há, no entanto, fonemas que são representados, na escrita, por duas letras: *bicho* - Possui quatro fonemas e cinco letras.

Na palavra acima, para representar o fonema /xe/ foram utilizadas duas letras: o "c" e o "h".

Assim, o *dígrafo* ocorre quando duas letras são usadas para representar um único fonema (di = dois + grafo = letra). Em nossa língua, há um número razoável de dígrafos que convém conhecer. Podemos agrupá-los em dois tipos: consonantais e vocálicos.

MATEMÁTICA

Números inteiros e racionais: operações (adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação); expressões numéricas; Frações e operações com frações.	01
Números e grandezas proporcionais: razões e proporções; divisão em partes proporcionais	11
Regra de três	15
Sistema métrico decimal	19
Equações e inequações	23
Funções	29
Gráficos e tabelas	37
Estatística Descritiva, Amostragem, Teste de Hipóteses e Análise de Regressão	41
Geometria	47
Matriz, determinantes e sistemas lineares	62
Sequências, progressão aritmética e geométrica	70
Porcentagem	74
Juros simples e compostos	77
Taxas de Juros, Desconto, Equivalência de Capitais, Anuidades e Sistemas de Amortização	80
Princípios de contagem e probabilidade.	93
Arranjos e permutações.	93
Combinações.	93
Compreensão de estruturas lógicas.	99
Lógica de argumentação (analogias, inferências, deduções e conclusões).	112
Diagramas lógicos.	116

**NÚMEROS INTEIROS E RACIONAIS:
OPERAÇÕES (ADIÇÃO, SUBTRAÇÃO,
MULTIPLICAÇÃO, DIVISÃO,
POTENCIAÇÃO); EXPRESSÕES
NUMÉRICAS; FRAÇÕES E OPERAÇÕES COM
FRAÇÕES.**

Números Naturais

Os números naturais são o modelo matemático necessário para efetuar uma contagem. Começando por zero e acrescentando sempre uma unidade, obtemos o conjunto infinito dos números naturais

$$\mathbb{N} = \{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, \dots\}$$

- Todo número natural dado tem um sucessor

- O sucessor de 0 é 1.
- O sucessor de 1000 é 1001.
- O sucessor de 19 é 20.

Usamos o * para indicar o conjunto sem o zero.

$$\mathbb{N}^* = \{1, 2, 3, 4, 5, 6, \dots\}$$

- Todo número natural dado N, exceto o zero, tem um antecessor (número que vem antes do número dado).

Exemplos: Se m é um número natural finito diferente de zero.

- O antecessor do número m é m-1.
- O antecessor de 2 é 1.
- O antecessor de 56 é 55.
- O antecessor de 10 é 9.

Expressões Numéricas

Nas expressões numéricas aparecem adições, subtrações, multiplicações e divisões. Todas as operações podem acontecer em uma única expressão. Para resolver as expressões numéricas utilizamos alguns procedimentos:

Se em uma expressão numérica aparecer as quatro operações, devemos resolver a multiplicação ou a divisão primeiramente, na ordem em que elas aparecerem e somente depois a adição e a subtração, também na ordem em que aparecerem e os parênteses são resolvidos primeiro.

Exemplo 1

$$\begin{aligned} 10 + 12 - 6 + 7 \\ 22 - 6 + 7 \\ 16 + 7 \\ 23 \end{aligned}$$

Exemplo 2

$$\begin{aligned} 40 - 9 \times 4 + 23 \\ 40 - 36 + 23 \\ 4 + 23 \\ 27 \end{aligned}$$

Exemplo 3

$$\begin{aligned} 25 - (50 - 30) + 4 \times 5 \\ 25 - 20 + 20 = 25 \end{aligned}$$

Números Inteiros

Podemos dizer que este conjunto é composto pelos números naturais, o conjunto dos opostos dos números naturais e o zero. Este conjunto pode ser representado por:

$$\mathbb{Z} = \{\dots -3, -2, -1, 0, 1, 2, \dots\}$$

Subconjuntos do conjunto \mathbb{Z} :

1) Conjunto dos números inteiros excluindo o zero

$$\mathbb{Z}^* = \{\dots -2, -1, 1, 2, \dots\}$$

2) Conjuntos dos números inteiros não negativos

$$\mathbb{Z}_+ = \{0, 1, 2, \dots\}$$

3) Conjunto dos números inteiros não positivos

$$\mathbb{Z}_- = \{\dots -3, -2, -1\}$$

Números Racionais

Chama-se de número racional a todo número que pode ser expresso na forma $\frac{a}{b}$, onde a e b são inteiros quaisquer, com $b \neq 0$

São exemplos de números racionais:

$$\begin{aligned} -12/51 \\ -3 \\ -(-3) \\ -2,333\dots \end{aligned}$$

As dízimas periódicas podem ser representadas por fração, portanto são consideradas números racionais.

Como representar esses números?

Representação Decimal das Frações

Temos 2 possíveis casos para transformar frações em decimais

1º) Decimais exatos: quando dividirmos a fração, o número decimal terá um número finito de algarismos após a vírgula.

$$\frac{1}{2} = 0,5$$

$$\frac{1}{4} = 0,25$$

$$\frac{3}{4} = 0,75$$

2º) Terá um número infinito de algarismos após a vírgula, mas lembrando que a dízima deve ser periódica para ser número racional

OBS: período da dízima são os números que se repetem, se não repetir não é dízima periódica e assim números irracionais, que trataremos mais a frente.

$$\frac{1}{3} = 0,333...$$

$$\frac{35}{99} = 0,353535...$$

$$\frac{105}{9} = 11,6666...$$

Representação Fracionária dos Números Decimais

1º caso) Se for exato, conseguimos sempre transformar com o denominador seguido de zeros.

O número de zeros depende da casa decimal. Para uma casa, um zero (10) para duas casas, dois zeros (100) e assim por diante.

$$0,3 = \frac{3}{10}$$

$$0,03 = \frac{3}{100}$$

$$0,003 = \frac{3}{1000}$$

$$3,3 = \frac{33}{10}$$

2º caso) Se dízima periódica é um número racional, então como podemos transformar em fração?

Exemplo 1

Transforme a dízima 0,333... em fração

Sempre que precisar transformar, vamos chamar a dízima dada de x, ou seja

$$X=0,333...$$

Se o período da dízima é de um algarismo, multiplicamos por 10.

$$10x=3,333...$$

E então subtraímos:

$$10x-x=3,333...-0,333...$$

$$9x=3$$

$$X=3/9$$

$$X=1/3$$

Agora, vamos fazer um exemplo com 2 algarismos de período.

Exemplo 2

Seja a dízima 1,1212...

Façamos $x = 1,1212...$

$$100x = 112,1212...$$

Subtraindo:

$$100x-x=112,1212...-1,1212...$$

$$99x=111$$

$$X=111/99$$

Números Irracionais

Identificação de números irracionais

- Todas as dízimas periódicas são números racionais.
- Todos os números inteiros são racionais.
- Todas as frações ordinárias são números racionais.
- Todas as dízimas não periódicas são números irracionais.
- Todas as raízes inexatas são números irracionais.
- A soma de um número racional com um número irracional é sempre um número irracional.
- A diferença de dois números irracionais, pode ser um número racional.
- Os números irracionais não podem ser expressos na forma $\frac{a}{b}$, com a e b inteiros e $b \neq 0$.

Exemplo: $\sqrt{5} - \sqrt{5} = 0$ e 0 é um número racional.

- O quociente de dois números irracionais, pode ser um número racional.

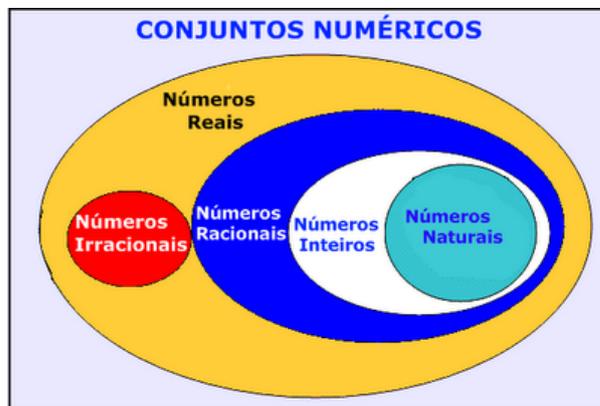
Exemplo: $\sqrt{8} : \sqrt{2} = \sqrt{4} = 2$ e 2 é um número racional.

- O produto de dois números irracionais, pode ser um número racional.

Exemplo: $\sqrt{7} \cdot \sqrt{7} = \sqrt{49} = 7$ é um número racional.

Exemplo: radicais ($\sqrt{2}, \sqrt{3}$) a raiz quadrada de um número natural, se não inteira, é irracional.

Números Reais



Fonte: www.estudokids.com.br

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1 Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) - princípios, diretrizes e arcabouço legal.	01
2 Controle Social no SUS.	04
3 Resolução no 453/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.	05
4 Constituição Federal, artigos de 194 a 200.	08
5 Lei Orgânica da Saúde - Lei no 8.080/1990, Lei no 8.142/1990 e Decreto Presidencial no 7.508/2011	10
6 Determinantes Sociais da Saúde.	23
7 Sistemas de Informação em Saúde.	24

1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL.

Princípios do sus: são conceitos que orientam o sus, previstos no artigo 198 da constituição federal de 1988 e no artigo 7º do capítulo ii da lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

Universalidade: significa que o sus deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

Integralidade: o sus deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

Equidade: o sus deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

Participação social: é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do poder público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do sus; e

Descentralização: é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o sus, definidor de atribuições comuns e competências específicas à união, aos estados, ao distrito federal e aos municípios.

Principais leis

Constituição federal de 1988: estabelece que "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 aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Determina ao poder público sua "regulamentação, fiscalização e controle", que as ações e os serviços da saúde "integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único"; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

Lei orgânica da saúde (los), lei n.º 8.080/1990: regulamenta, em todo o território nacional, as ações do sus, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do sus a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o plano municipal de saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do sus e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Lei n.º 8.142/1990: dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do sus, sobre as transferências de recursos financeiros entre união, estados, distrito federal e municípios na área da saúde e dá outras providências. Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

Responsabilização sanitária

Desenvolver responsabilização sanitária é estabelecer claramente as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, assim como dos serviços e das equipes que compõem o sus, possibilitando melhor planejamento, acompanhamento e complementaridade das ações e dos serviços. Os prefeitos, ao assumir suas responsabilidades, devem estimular a responsabilização junto aos gerentes e equipes, no âmbito municipal, e participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

Responsabilização macro sanitária

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A atenção básica à saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no plano municipal de saúde;
- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- participação no processo de integração ao sus, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

Responsabilização micro sanitária

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada pessoa. A alta só deve ocorrer quando da transferência do paciente a outra equipe (da rede básica ou de outra área especializada) e o tempo de espera para essa transferência não pode representar uma interrupção do atendimento: a equipe de referência deve prosseguir com o projeto terapêutico, interferindo, inclusive, nos critérios de acesso.

Instâncias de pactuação

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Comissão intergestores tripartite (cit): atua na direção nacional do sus, formada por composição paritária de 15 membros, sendo cinco indicados pelo ministério da saúde, cinco pelo conselho nacional de secretários estaduais de saúde (conass) e cinco pelo conselho nacional de secretários municipais de saúde (conasems). A representação de estados e municípios nessa comissão é, portanto regional: um representante para cada uma das cinco regiões existentes no país.

Comissões intergestores bipartites (cib): são constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo secretário de estado da saúde, e dos secretários municipais de saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado conselho de secretários municipais de saúde (cosems). Os secretários municipais de saúde costumam debater entre si os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na cib. Os cosems são também instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesse espaço.

Espaços regionais: a implementação de espaços regionais de pactuação, envolvendo os gestores municipais e estaduais, é uma necessidade para o aperfeiçoamento do sus. Os espaços regionais devem-se organizar a partir das necessidades e das afinidades específicas em saúde existentes nas regiões.

Descentralização

O princípio de descentralização que norteia o sus se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macro regional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a união devem contribuir para a descentralização do sus, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Regionalização: consensos e estratégias - as ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que apresentam serviços de referência, tomando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que permitirá ao sus superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

O sistema hierarquizado e descentralizado: as ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Por exemplo: o usuário é atendido de forma descentralizada, no âmbito do município ou bairro em que reside. Na hipótese de precisar ser atendido com um problema de saúde mais complexo, ele é referenciado, isto é, encaminhado para o atendimento em uma instância do sus mais elevada, especializada. Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contra referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário.

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O plano municipal de saúde (pms) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a sua execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do pms é o plano nacional de saúde. Cabe ao conselho municipal de saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do pms, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. No pms, devem ser descritos os principais problemas da saúde pública local, suas causas, consequências e pontos críticos. Além disso, devem ser definidos os objetivos e metas a serem atingidos, as atividades a serem executadas, os cronogramas, as sistemáticas de acompanhamento e de avaliação dos resultados.

Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde: o sus opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o planejamento e a tomada de decisões, abrangendo: indicadores de saúde; informações de assistência à saúde no sus (internações hospitalares, produção ambulatorial, imunização e atenção básica); rede assistencial (hospitalar e ambulatorial); morbidade por local de internação e residência dos atendidos pelo sus; estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos); recursos financeiros, informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Caminha-se rumo à integração dos diversos sistemas informatizados de base nacional, que podem ser acessados no site do datasus. Nesse processo, a implantação do cartão nacional de saúde tem papel central. Cabe aos prefeitos conhecer e monitorar esse conjunto de informações essenciais à gestão da saúde do seu município.

Níveis de atenção à saúde: o sus ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde. Não se deve, porém, desconsiderar algum desses níveis de atenção, porque a atenção à saúde deve ser integral.

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

1 Lei Orgânica do Distrito Federal e alterações posteriores.....	01
2 Lei Complementar no 840, de 23 de dezembro de 2011 (dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais).....	63

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

1 LEI ORGÂNICA DO DISTRITO FEDERAL E ALTERAÇÕES POSTERIORES.

TÍTULO I DOS FUNDAMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DOS PO- DERES E DO DISTRITO FEDERAL

Art. 1º o distrito federal, no pleno exercício de sua autonomia política, administrativa e financeira, observados os princípios constitucionais, reger-se-á por esta lei orgânica.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da constituição federal e desta lei orgânica.

Art. 2º o distrito federal integra a união indissolúvel da república federativa do Brasil e tem como valores fundamentais:

I - a preservação de sua autonomia como unidade federativa;

II - a plena cidadania;

III - a dignidade da pessoa humana;

IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;

V - o pluralismo político.

Nova redação dada ao parágrafo único do art. 2º pela emenda à LO nº 65/2013 – DOF de 11/09/13.

Parágrafo único. Ninguém será discriminado ou prejudicado em razão de nascimento, idade, etnia, raça, cor, sexo, características genéticas, estado civil, trabalho rural ou urbano, religião, convicções políticas ou filosóficas, orientação sexual, deficiência física, imunológica, sensorial ou mental, por ter cumprido pena, nem por qualquer particularidade ou condição, observada a constituição federal.

Art. 3º são objetivos prioritários do distrito federal:

I - garantir e promover os direitos humanos assegurados na constituição federal e na declaração universal dos direitos humanos;

II - assegurar ao cidadão o exercício dos direitos de iniciativa que lhe couberem, relativos ao controle da legalidade e legitimidade dos atos do poder público e da eficácia dos serviços públicos;

III - preservar os interesses gerais e coletivos;

IV - promover o bem de todos;

V - proporcionar aos seus habitantes condições de vida compatíveis com a dignidade humana, a justiça social e o bem comum;

VI - dar prioridade ao atendimento das demandas da sociedade nas áreas de educação, saúde, trabalho, transporte, segurança pública, moradia, saneamento básico, lazer e assistência social;

VII - garantir a prestação de assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

VIII - preservar sua identidade, adequando as exigências do desenvolvimento à preservação de sua memória, tradição e peculiaridades;

IX - valorizar e desenvolver a cultura local, de modo a contribuir para a cultura brasileira.

Incluído o inciso X – pela emenda à lei orgânica nº 06, de 14 de outubro de 1996, publicada no DOF, DE 22.10.96

X - assegurar, por parte do poder público, a proteção individualizada à vida e à integridade física e psicológica das vítimas e testemunhas de infrações penais e de seus respectivos familiares.

Incluído pela - emenda à lei orgânica nº 12, de 12 de dezembro de 1996, publicada no DOF de 19.12.96

XI - zelar pelo conjunto urbanístico de Brasília, tombado sob a inscrição nº 532 do livro do Tombo Histórico, respeitadas as definições e critérios constantes do decreto nº 10.829, de 2 de outubro de 1987, e da Portaria nº 314, de 8 de outubro de 1992, do então Instituto Brasileiro do Patrimônio Cultural - IBPC, hoje Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN.

Acrescentado o inciso XII ao art. 3º pela emenda à lei orgânica nº 73, de 23/04/14 – DOF de 25/04/14.

XII – promover, proteger e defender os direitos da criança, do adolescente e do jovem.

acrescentado o inciso XIII ao art. 3º pela emenda à lei orgânica nº 103, de 06/12/2017 – DOF de 11/12/2017.

XIII - valorizar a vida e adotar políticas públicas de saúde, de assistência e de educação preventivas do suicídio.

Art. 4º é assegurado o exercício do direito de petição ou representação, independentemente de pagamento de taxas ou emolumentos, ou de garantia de instância.

Art. 5º a soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos e, nos termos da lei, mediante:

I - plebiscito;

II - referendo;

III - iniciativa popular.

TÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6º Brasília, capital da república federativa do Brasil, é a sede do governo do distrito federal.

Art. 7º são símbolos do distrito federal a bandeira, o hino e o brasão.

Parágrafo único. A lei poderá estabelecer outros símbolos e dispor sobre seu uso no território do distrito federal.

Art. 8º o território do distrito federal compreende o espaço físico geográfico que se encontra sob seu domínio e jurisdição.

Art. 9º o distrito federal, na execução de seu programa de desenvolvimento econômico-social, buscará a integração com a região do entorno do distrito federal.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRI- TO FEDERAL

Art. 10. O distrito federal organiza-se em regiões administrativas, com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento sócio-econômico e à melhoria da qualidade de vida.

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

§ 1º a lei disporá sobre a participação popular no processo de escolha do administrador regional.

§ 2º a remuneração dos administradores regionais não poderá ser superior à fixada para os secretários de governo do distrito federal.

Fica acrescentado o § 3º ao art. 10 pela EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 60, DE 2011 – dodf de 26/12/11.

§ 3º a proibição de que trata o art. 19, § 8º, aplica-se à nomeação de administrador regional.

Nota: fica substituída a expressão “secretário de governo do distrito federal” por “secretário de estado do distrito federal”, conforme emenda à lei orgânica nº 44 de 29/11/05 – dodf de 09/12/05.

Art. 11. As administrações regionais integram a estrutura administrativa do distrito federal.

Art. 12. Cada região administrativa do distrito federal terá um conselho de representantes comunitários, com funções consultivas e fiscalizadoras, na forma da lei.

Art. 13. A criação ou extinção de regiões administrativas ocorrerá mediante lei aprovada pela maioria absoluta dos deputados distritais.

Acrescentado o parágrafo único ao art. 13 pela emenda à lei orgânica do df nº 83, de 20/08/14 – dodf de 25/08/14.

Parágrafo único. Com a criação de nova região administrativa, fica criado, automaticamente, conselho tutelar para a respectiva região.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL

Art. 14. Ao distrito federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos estados e municípios, cabendo-lhe exercer, em seu território, todas as competências que não lhe sejam vedadas pela constituição federal.

SEÇÃO I DA COMPETÊNCIA PRIVATIVA

Art. 15. Compete privativamente ao distrito federal:

- I - organizar seu governo e administração;
- II - criar, organizar ou extinguir regiões administrativas, de acordo com a legislação vigente;
- III - instituir e arrecadar tributos, observada a competência cumulativa do distrito federal;
- IV - fixar, fiscalizar e cobrar tarifas e preços públicos de sua competência;
- V - dispor sobre a administração, utilização, aquisição e alienação dos bens públicos;
- VI - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;
- VII - manter, com a cooperação técnica e financeira da união, programas de educação, prioritariamente de ensino fundamental e pré-escolar;
- VIII - celebrar e firmar ajustes, consórcios, convênios, acordos e decisões administrativas com a união, estados e municípios, para execução de suas leis e serviços;
- IX - elaborar e executar o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual;

Nova redação dada ao inciso x do art. 15 pela emenda à lei orgânica nº 49, de 17/10/07 – dodf 22/10/07.

X — elaborar e executar o plano diretor de ordenamento territorial, a lei de uso e ocupação do solo e planos de desenvolvimento local, para promover adequado ordenamento territorial, integrado aos valores ambientais, mediante planejamento e controle do uso, parcelamento e ocupação do solo urbano;

Xi - autorizar, conceder ou permitir, bem como regular, licenciar e fiscalizar os serviços de veículos de aluguel;

Xii - dispor sobre criação, transformação e extinção de cargos, empregos e funções públicas;

Xiii - dispor sobre a organização do quadro de seus servidores; instituição de planos de carreira, na administração direta, autarquias e fundações públicas do distrito federal; remuneração e regime jurídico único dos servidores;

Xiv - exercer o poder de polícia administrativa;

Xv - licenciar estabelecimento industrial, comercial, prestador de serviços e similar ou cassar o alvará de licença dos que se tornarem danosos ao meio ambiente, à saúde, ao bem-estar da população ou que infringirem dispositivos legais;

Xvi - regulamentar e fiscalizar o comércio ambulante, inclusive o de papéis e de outros resíduos recicláveis;

Xvii - dispor sobre a limpeza de logradouros públicos, remoção e destino do lixo domiciliar e de outros resíduos;

Xviii - dispor sobre serviços funerários e administração dos cemitérios;

Xix - dispor sobre apreensão, depósito e destino de animais e mercadorias apreendidas em decorrência de transgressão da legislação local;

Xx - disciplinar e fiscalizar, no âmbito de sua competência, competições esportivas, espetáculos, diversões públicas e eventos de natureza semelhante, realizados em locais de acesso público;

Xxi - dispor sobre a utilização de vias e logradouros públicos;

Xxii - disciplinar o trânsito local, sinalizando as vias urbanas e estradas do distrito federal;

Xxiii - exercer inspeção e fiscalização sanitária, de postura ambiental, tributária, de segurança pública e do trabalho, relativamente ao funcionamento de estabelecimento comercial, industrial, prestador de serviços e similar, no âmbito de sua competência, respeitada a legislação federal;

Xxiv - adquirir bens, inclusive por meio de desapropriação, por necessidade, utilidade pública ou interesse social, nos termos da legislação em vigor;

Xxv - licenciar a construção de qualquer obra;

Xxvi - interditar edificações em ruína, em condições de insalubridade e as que apresentem as irregularidades previstas na legislação específica, bem como fazer demolir construções que ameacem a segurança individual ou coletiva;

Xxvii - dispor sobre publicidade externa, em especial sobre exibição de cartazes, anúncios e quaisquer outros meios de publicidade ou propaganda, em logradouros públicos, em locais de acesso público ou destes visíveis.

ATUALIDADES

1 Realidade étnica, social, histórica, geográfica, cultura, política e econômica do Distrito Federal e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE).....01

1 REALIDADE ÉTNICA, SOCIAL, HISTÓRICA, GEOGRÁFICA, CULTURA, POLÍTICA E ECONÔMICA DO DISTRITO FEDERAL E DA REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL (RIDE).

LEI COMPLEMENTAR Nº 94, DE 19 DE FEVEREIRO DE 1998

Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

Art. 1º É o Poder Executivo autorizado a criar, para efeitos de articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás e Minas Gerais e do Distrito Federal, conforme previsto nos

arts. 21, inciso IX, 43 e 48, inciso IV, da Constituição Federal, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE.

§ 1º A Região Administrativa de que trata este artigo é constituída pelo Distrito Federal, pelos Municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso e Vila Boa, no Estado de Goiás, e de Unai e Buritis, no Estado de Minas Gerais.

§ 2º Os Municípios que vierem a ser constituídos a partir de desmembramento de território de Município citado no

§ 1º deste artigo passarão a compor, automaticamente, a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno.

Art. 2º É o Poder Executivo autorizado a criar um Conselho Administrativo para coordenar as atividades a serem desenvolvidas na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. Parágrafo único. As atribuições e a composição do Conselho de que trata este artigo serão definidas em regulamento, dele participando representantes dos Estados e Municípios abrangidos pela RIDE.

Art. 3º Consideram-se de interesse da RIDE os serviços públicos comuns ao Distrito Federal e aos Municípios que a integram, especialmente aqueles relacionados às áreas de infraestrutura e de geração de empregos.

Art. 4º É o Poder Executivo autorizado a instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Parágrafo único. O Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, ouvidos os órgãos competentes, estabelecerá, mediante convênio, normas e critérios para unificação de procedimentos relativos

aos serviços públicos, abrangidos tanto os federais e aqueles de responsabilidade de entes federais, como aqueles de responsabilidade dos entes federados referidos no art. 1º, especialmente em relação a:

I - tarifas, fretes e seguros, ouvido o Ministério da Fazenda;

II - linhas de crédito especiais para atividades prioritárias;

III - isenções e incentivos fiscais, em caráter temporário, de fomento a atividades produtivas em programas de geração de empregos e fixação de mão-de-obra.

Art. 5º Os programas e projetos prioritários para a região, com especial ênfase para os relativos à infraestrutura básica e geração de empregos, serão financiados com recursos:

I - de natureza orçamentária, que lhe forem destinados pela União, na forma da lei;

II - de natureza orçamentária que lhe forem destinados pelo Distrito Federal, pelos Estados de Goiás e de Minas Gerais, e pelos Municípios abrangidos pela Região Integrada de que trata esta Lei Complementar;

III - de operações de crédito externas e internas.

Art. 6º A União poderá firmar convênios com o Distrito Federal, os Estados de Goiás e de Minas Gerais, e os Municípios referidos no

§ 1º do art. 1º, com a finalidade de atender o disposto nesta Lei Complementar.

Art. 7º Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Revogam-se as disposições em contrário.

A construção e a inauguração de Brasília, em 1960, como capital federal, foi um dos marcos deixados na história do Brasil pelo governo Juscelino Kubitschek (1956-1960). Essa mudança, visando um projeto específico, buscava ampliar a integração nacional, mas JK, no entanto, não foi o primeiro a propô-la, assim como Goiás nem sempre foi o lugar projetado para essa experiência.

Desejo de transferência (séc. XVIII e XIX) As primeiras capitais do Brasil, Salvador e Rio de Janeiro, tiveram como característica fundamental o fato de serem cidades litorâneas, explicado pelo modelo de ocupação e exploração empreendido pelos portugueses anteriormente no continente africano e asiático. À medida que a importância econômica da colônia aumentava para a manutenção do reino português, as incursões para o interior se tornavam mais frequentes.

A percepção da fragilidade em ter o centro administrativo próximo ao mar, no entanto, fez que muitos intelectuais e políticos portugueses discutissem a transferência da capital da colônia e até mesmo do império para regiões mais interiores do território. Um dos mais importantes apoiadores desse projeto foi Sebastião José de Carvalho e Melo, o Marquês de Pombal, em 1751. A transferência também era uma das bandeiras de movimentos que questionavam o domínio português, como a Inconfidência Mineira, ou de personagens que, após a independência do Brasil, desejavam o fortalecimento da unidade do país e o desenvolvimento econômico das regiões interioranas, como o Triângulo Mineiro ou o Planalto Central.

Com a primeira constituição republicana (1891), a mudança ganhou maior visibilidade e mais apoiadores, tanto que em seu 3º artigo havia determinação de posse pela União de 14.400 quilômetros quadrados na região central do país para a futura instalação do Distrito Federal.

Comissão Cruls e as décadas seguintes Depois da Proclamação da República em 1889, o país se encontrava imerso em um cenário de euforia com a mudança de regime e da crença no progresso e no futuro. Para definir o lugar onde se efetivaria a determinação da futura capital, em 1892, o presidente Floriano Peixoto criou uma comissão para concretizar esses estudos, chefiada pelo cientista Luis Cruls, de quem a expedição herdou o nome. A expedição partiu de trem do Rio de Janeiro até Uberaba (estação final da Estrada de Ferro Mogiana) e dali a pé e em lombo de animais até o Planalto Central. Com pesquisadores de diversas áreas, foi feito um levantamento amplo (topográfico, climatológico, geográfico, hidrológico, zoológico etc.) da região, mapeando-se a área compreendida pelos municípios goianos de Formosa, Planaltina e Luziânia. O relatório final permitiu que fosse definida a área onde futuramente seria implantada a capital. Uma segunda missão de estudos foi empreendida nos locais onde a implantação de uma cidade seria conveniente dentro do quadrilátero definido anteriormente. A saída de Floriano Peixoto do governo em 1896 fez com que os trabalhos da Comissão Exploradora do Planalto Central do Brasil fossem interrompidos. No entanto, mesmo não contando com a existência de Goiânia, os mapas nacionais já traziam o quadrilátero Cruls e o Futuro Distrito Federal. Apesar do enfraquecimento do ímpeto mudancista, eventos isolados deixavam claro o interesse de que essa região recebesse a capital da federação. Em 1922, nas comemorações do centenário da Independência nacional, foi lançada a pedra fundamental próximo à cidade de Planaltina. Na década de 1940, foram retomados os estudos na região pelo governo de Dutra (1945-50) e, no segundo governo de Getúlio Vargas (1950-1954), o processo se mostrou fortalecido com o levantamento de cinco sítios para a escolha do local da nova capital. Mesmo com a morte de Vargas, o projeto avançou, mas a passos lentos, até a posse de Juscelino Kubitschek.

Governo JK Desde seu governo como prefeito de Belo Horizonte (também projetada e implantada em 1897), Juscelino ficou conhecido pela quantidade e o ímpeto das obras que tocava, sendo chamado à época de prefeito-furacão. O projeto de Brasília entrou no plano de governo do então presidente como uma possibilidade de atender a demanda da época.

Mesmo não constando no plano original, ao ser questionado sobre seu interesse em cumprir a constituição durante um comício em Jataí-GO, Juscelino sentiu-se impelido a criar uma obra que garantisse a obtenção dos objetivos buscados pela sociedade brasileira na época: desenvolvimento e modernização do país. Entrando como a meta posteriormente sendo chamada de meta síntese – Brasília polarizou opiniões. Em Goiás existia interesse na efetivação da transferência, apesar da oposição existente em alguns

jornais, assim como no Rio de Janeiro, onde ocorria uma campanha aberta contra os defensores da Nova Cap (nome da estatal responsável por coordenar as obras de Brasília e que, por extensão, virou uma alusão a própria cidade). Com o compromisso assumido por JK em Jataí, Brasília passou a materializar-se imediatamente, mas a cada passo político ou técnico dado, uma onda de acusações era lançada contra a iniciativa. Construída em pouco mais de 3 anos (de outubro de 1956 a abril de 1960), Brasília tornou-se símbolo do espírito da época. Goiás, por outro lado, tornou-se a base para a construção, sendo que Planaltina, Formosa, Corumbá de Goiás, Pirenópolis e, principalmente, Anápolis tiveram suas dinâmicas modificadas, econômica e socialmente.

História do Distrito Federal Brasília começou a existir na primeira Constituinte no Império Brasileiro, em 1823, numa proposta colocada por José Bonifácio de Andrada e Silva, argumentando quanto à necessidade da mudança da Capital para um ponto mais central do interior do país e sugerindo ainda para a cidade o próprio nome que a tornou famosa em todo o mundo. A vocação mística de Brasília se inicia quando é incorporada à sua história a visão soft do santo italiano, São João Bosco – Dom Bosco. Ele dizia ter sonhado com uma espécie de terra prometida para uma civilização do futuro, que nasceria situada entre os paralelos 15° e 20°, às margens de um lago. No dia 7 de Setembro de 1922 é lançada a pedra fundamental de Brasília, próxima a Planaltina. Por inspiração e iniciativa do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, em 1956, foi criada a NOVACAP – Companhia Urbanizadora na Nova Capital, empresa pública à qual foi confiada a responsabilidade e competência para planejar e executar a construção da nova capital, na região do cerrado goiano. Tudo surge a partir do sinal da cruz traçado por Lúcio Costa, o encarregado do urbanismo da cidade. Articulado com a equipe de Lúcio Costa, um grupo de arquitetos encabeçado por Oscar Niemeyer projetou, em curto espaço de tempo, todos os prédios públicos e grande parte dos residenciais da nova cidade.

No dia 21 de Abril de 1960, a estrutura básica da cidade está edificada, muitos prédios ainda são apenas esqueletos, mas os candangos (nome dado aos primeiros habitantes da nova cidade), liderados por seu presidente, festejam ruidosamente a inauguração da cidade, fazendo o coração do Brasil pulsar forte para dar vida à nova civilização sonhada por Dom Bosco. Nasce Brasília – a Capital da Esperança.

Ao lado os principais responsáveis pela construção de Brasília: Oscar Niemeyer, Israel Pinheiro, Lúcio Costa e Juscelino Kubitschek.

Geografia e Política regional O Distrito Federal possui 5.801,9 km², está localizado na região Centro-Oeste e possui como limites, Planaltina de Goiás (Norte), Formosa (Nordeste e Leste), Minas Gerais (Leste), Cristalina e Luziânia (Sul), Santo Antônio do Descoberto (Oeste e Sudoeste), Corumbá de Goiás (Oeste) e Padre Bernardo (Noroeste).

Suas características são: planalto de topografias suaves e vegetação de cerrados, com altitude média de 1.172 metros, clima tropical e os rios principais são o Paranoá, Preto, Santo Antônio do Descoberto e São Bartolomeu. A hora

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro Obstetra

1 Processo de enfermagem.	01
2 Sistematização da Assistência em Enfermagem.	01
3 Biossegurança, prevenção e controle de riscos ocupacionais e de infecções hospitalares.	06
4 Administração em Enfermagem.	16
5 Dimensionamento de profissionais de enfermagem.	16
6 Fisiologia da gestação, parto e puerpério.	23
7 Farmacologia aplicada ao ciclo gravídico puerperal.	23
8 Assistência de Enfermagem no climatério, menopausa e esterilidade.	23
9 Assistência à saúde materna e perinatal baseada em evidências científicas.	23
10 Assistência de enfermagem ao pré-parto, parto e puerpério.	23
11 Intercorrências patológicas na gestação, parto e puerpério (hemorragias pós-parto e síndromes hemorrágicas na gestação, síndromes hipertensivas).	23
12 Processos infecciosos na gestação (trato urinário, vulvo-vaginites, infecções congênitas: sífilis, HIV, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose).	23
13 Reanimação neonatal.	23
14 Exames pré-natal de rotina avaliação e conduta.	23
15 Práticas de atenção ao risco obstétrico e neonatal baseadas em evidências científicas: assistência perinatal e morbimortalidade materna.	23
16 Assistência às urgências e emergências gerais, obstétricas e neonatais.	23
17 Assistência ao recém-nascido em sala de parto.	23
18 Alojamento conjunto espaço de cuidado e educação.	23
19 Incentivo ao aleitamento materno e do vínculo mãe-bebê.	23
20 Cuidados de enfermagem em triagem neonatal.	23
21 Método Canguru.	23
22 Assistência de enfermagem relacionada ao manuseio de hemocomponentes e hemoderivados.	23
23 Educação em saúde: educação popular em saúde e sua aplicação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde materno-infantil.	23
24 Conhecimentos relacionados ao Banco de Leite Humano.	23
25 Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes/MS/2012.	23
26 Assistência à mulher em situação de abortamento e violência. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento/MS/2011.	23
27 Assistência à mulher no planejamento familiar: Lei nº 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar.	23
28 Programa Nacional de Imunizações.	23
29 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).	23
30 Políticas públicas para a promoção da saúde materna e perinatal no Brasil: diretrizes nacionais para a assistência ao pré-natal e ao puerpério e as doenças sexualmente transmissíveis.	23
31 Legislação específica para a enfermagem em obstetrícia e técnicas obstétricas e relacionadas ao recém-nascido.	23
32 Requisitos técnicos de funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	23
33 Rede Cegonha e publicações relacionadas: Lei nº 11.108/2005, Lei nº 11.634/2007, Portaria GM/MS nº 1.459/2011, Portaria GM/MS nº 930/2012, Portaria GM/MS nº 1.020/2013, Portaria SAS/MS nº 371/2014 e Portaria GM/MS nº 11/2015).	23

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro Obstetra

1. PROCESSO DE ENFERMAGEM. 2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

SAE- Sistematização do Serviço de Enfermagem

É uma atividade privativa do enfermeiro, que por meio de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE "Requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas".

É um meio para o enfermeiro utilizar seus conhecimentos técnico-científicos, mostrando a sua prática profissional. Os enfermeiros na sua grande maioria estão sobrecarregados com atividades administrativas, muitas vezes levando metade de seu tempo gerenciando e coletando informações. O exercício profissional fica ainda mais árduo, quando nos hospitais a relação enfermeiro/ leitos ocupada, faz com que o dia a dia do Enfermeiro, seja um desafio em administrar seu tempo realizando tarefas com qualidade.

RESOLUÇÃO COFEN-272/2002

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

Considerando a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1998 nos artigos 5º, XII e 197;

Considerando a Lei nº 7.498/86 c.c. o Decreto nº 94.406/86, respectivamente no artigo 11, alíneas "c", "i" e "j" e artigo 8º, alíneas "c", "e" e "f";

Considerando o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 240/2000;

Considerando o disposto nas Resoluções-COFEN nºs 195/1997, 267/2001 e 271/2002;

Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

Considerando a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

Considerando que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem; Considerando os estudos elaborados pela CTA/COFEN, nos autos do PAD-COFEN Nº 48/97;

Resolve:

Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - Privativamente: A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: Consulta de Enfermagem Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes.

Artigo 2º - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Artigo 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/ cliente/usuário, devendo ser composta por:

- Histórico de enfermagem
- Exame Físico
- Diagnóstico de Enfermagem
- Prescrição da Assistência de Enfermagem
- Evolução da Assistência de Enfermagem
- Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de Assistência Domiciliar - HOME CARE - este prontuário deverá permanecer junto ao paciente/cliente/usuário assistido, objetivando otimizar o andamento do processo, bem como atender o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro Obstetra

Artigo 4º - Os CORENS, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem, na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;

Artigo 5º - É de responsabilidade dos CORENS, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

Artigo 6º - Os casos omissos, serão resolvidos pelo COFEN.

Artigo 7º - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

Gilberto Linhares Teixeira

COREN-RJ Nº 2.380

Presidente Carmem de Almeida da Silva

COREN SP Nº 2254

Primeira-Secretária

A enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica. Com esse intuito, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos, com a finalidade de prestar uma assistência, ou seja, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, realizando assim o processo de enfermagem. Wanda de Aguiar Horta, desenvolveu um modelo conceitual, no qual a própria vivência na enfermagem, levou-a procurar desenvolver um modelo que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia. Essa mesma autora define o processo de enfermagem, como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. No processo de enfermagem a assistência é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo então redigida de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratado possam ter acesso ao plano de assistência. Segundo Araújo, o processo de enfermagem possui um enfoque holístico, ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença, apressa os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais e vigentes, reduzindo a incidência e a duração da estadia no hospital, promove a flexibilidade do pensamento independente, melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias; os enfermeiros obtêm satisfação de seus resultados. Para Peixoto, acreditam que o processo de enfermagem seja o instrumento profissional do enfermeiro, que guia sua prática e pode fornecer autonomia profissional e concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar sua prática profissional, visando a avaliação da qualidade da assistência prestada. Após a promulgação da lei 7.498, de 25 de junho de 1986, referente ao exercício da enfermagem, dispõe o artigo 11, como

atividades exclusivas do enfermeiro a consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. O processo de enfermagem é sistemático pelo fato de envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito. Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde/saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas.

Exame físico.

O diagnóstico do paciente traça as diretrizes para o tratamento e cuidado de enfermagem. Para que o diagnóstico seguro seja estabelecido há a necessidade de um exame completo, que consta de exame físico e psicológico. Os instrumentos básicos dos exames físicos são os sentidos humanos da visão, tato, audição e olfato. Certos instrumentos podem facilitar e oferecer maior precisão quanto a fenômenos acústicos e visuais como estetoscópio e oftalmoscópio.

Métodos de exame físico

São quatro os métodos universalmente usados para exame físico:

-Inspeção: é a observação do estado geral do paciente, coloração da pele, presença de deformação como edema, estado nutricional, padrão de fala, temperatura corporal, postura, movimento do corpo.

-Palpação: consiste em sentir as estruturas (tecidos, órgão), do corpo através da manipulação.

-Percussão: efetuada com leves pancadas das pontas dos dedos sobre uma área do corpo. O som produzido revela o estado dos órgãos internos.

-Ausculta: consiste em escutar ruídos no corpo, especialmente para verificar o funcionamento do coração, pulmão, pleura e outros órgãos. Para isto utiliza-se o estetoscópio.

No exame físico verificar:

Condições Gerais: estado de consciência, aspecto de nutrição e hidratação, expressão facial, condições de locomoção, vícios, peso, altura, idade aparente, alergia a drogas.

Sinais Vitais: Pulso, respiração, pressão arterial, temperatura.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro de Família e Comunidade

1 Gerenciamento da Assistência em Enfermagem e gerenciamento dos serviços de saúde.	01
2 Educação em Saúde e Educação Continuada.	01
3 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).	09
4 Processo de Enfermagem - teoria e prática.	09
5 Teorias em Enfermagem.	09
6 Administração de materiais.	09
7 Enfermagem: normas, rotinas e manuais, elaboração e utilização na enfermagem.	09
8 Política Nacional de Atenção Básica - Portaria nº 2.436/2017 - 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 (SUS). ..	12
9 Portaria nº 1.654/2011- institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	12
10 Programa Saúde na Escola.	22
11 Portaria nº 77/2017 - estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.	22
12 ESF - Estratégia Saúde da Família: legislação, conceitos e funcionamento.	23
13 Atenção a saúde de populações vulneráveis (LGBT, população em situação de rua, pessoa com deficiência).	24
14 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Caderno de Atenção Básica nº 39.	24
15 Normas e Cadernos de Atenção Básica (CAB) do Ministério da Saúde para atuação: mulher (CAB nos 23, 32 e 33); adolescente, idoso, DST e AIDS (CAB nos 18 e 26); hanseníase e hipertensão (CAB no 37); diabetes (CAB no 36); obesidade (CAB no38); doenças crônicas (CAB no 35); acolhimento a demanda espontânea (CAB no 28 - volumes I e II); e demais programas da Atenção Básica.	33
16 Assistência de Enfermagem em Saúde Mental (CAB no 34).	72
17 Assistência integral às pessoas em situação de risco: violência e negligência contra criança, adolescente, mulher e idoso.	80
18 Programa Nacional de Imunizações: considerações gerais, calendário de vacinação, vacinação contra as doenças imunopreveníveis, cadeia de frio.	80
19 Tratamento e prevenção de lesões cutâneas.	85
20 Consulta de enfermagem.	86
21 Medidas de higiene e de segurança nos serviços de enfermagem e para o trabalhador.	88
22 Assistência integral por meio do trabalho em equipes: de enfermagem, multiprofissional e interdisciplinar.	88
23 Planejamento de ensino com vistas ao auto-cuidado: promoção e prevenção da saúde.	92
24 O trabalho com grupos.	92
25 Noções de toxicologia.	93
26 Diagnóstico de Saúde na Comunidade.	94
27 Vigilância em saúde - conceitos, funções, indicadores (CAB nos 21 e 22).	94
28 Doenças e agravos de notificação compulsória.	94
29 Enfermagem em situações de urgência e emergência.	108
30 Equipamento de proteção individual; precauções padrão; técnicas de isolamento.....	114
31 Assistência de Enfermagem em picadas de insetos, animais peçonhentos e mordeduras de animais (soros e vacinas).	115
32 Procedimentos básicos de enfermagem (CAB no 30).	115
33 Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.....	132

1. GERENCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. 2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO CONTINUADA

A administração é uma ciência multidisciplinar visto que os conhecimentos da mesma se advêm e se aplica em diversas áreas, no qual a importância desta ciência nos serviços de enfermagem também são preciosismos. Com este estudo tentou-se explorar a aplicação da ciência da administração no cotidiano dos profissionais de enfermagem, especificamente a aplicação do conceito chave da administração no processo gerencial do enfermeiro. Para isso foi realizada uma revisão de literatura na qual abordou temas como: teorias da administração, administração em enfermagem e processo gerencial do enfermeiro. No final entendeu-se que os conceitos de administração estão fortemente entrelaçados com ao processo gerencial do enfermeiro. Observou-se que os conceitos analisados, ao serem aplicados por esses profissionais eles se dão de uma forma simultânea, não ordenada e variando relativamente com as circunstâncias específicas de cada hospital.

Olhando a administração como um corpo de conhecimentos organizados, esta "arte-ciência" vem ganhando espaço em todas as espécies de organizações; ainda tendo em vista que a administração se desmembra em diversas partes, o processo administrativo embora seja visto de uma forma específica ele está associado a todos os aspectos da vida humana, tanto na esfera profissional, quanto no familiar e no social.

Tomando como apoio o fato de que a administração se aplica em todos os departamentos da vida, a enfermagem também se inclui nessa globalização. A enfermagem é formada por uma equipe onde se encontra profissionais auxiliares de enfermagem, técnicos em enfermagem e o enfermeiro que por sua vez é o líder da equipe, ele tem como objetivo de conduzir os membros de sua equipe à realização de determinadas tarefas onde se espera a eficiência e a eficácia da mesma e é dessa forma que se observa a administração na enfermagem.

O presente trabalho buscou discorrer sobre o conceito de administração no processo gerencial do enfermeiro; analisando a aplicabilidade da ciência da administração nesta esfera da saúde, fazendo uma correlação teoria e prática dos dois campos de atuação, onde o corpo de conhecimentos da primeira serve de base para melhorar o desempenho desses profissionais de saúde na execução das suas tarefas. Mais especificamente, trouxe a discussão das quatro palavrinhas que é apresentado ao se definir a administração (organizar, planejar, executar e controlar) para o processo gerencial do enfermeiro.

Uma breve revisão da teoria geral da administração

Segundo Chiavenato, a palavra administração originou-se do latim, sendo, ad (direção, tendência para) e minister (subordinação ou obediência) e tem como significado a realização de uma função sob o comando de outrem, ou seja, a prestação de um serviço a outro.

Já como disciplina, Masiero entende que Administração pode ser compreendida como integração e coerência entre o conhecimento das diferentes áreas da atividade humana, aplicadas às organizações, tendo em vista a sua sobrevivência, sua eficiência e sua eficácia. E o Raymundo, caracteriza a administração como um conjunto de atividades multicientífico e multidisciplinar, ou seja, uma ciência que se aplica em todas os departamentos da vida antiga e moderna.

Procurando trazer uma definição para o ambiente macro das empresas ou organizações, Maximiano, define administração como o processo de tomada de decisões utilização de recursos para realização de objetivos. Para o autor o processo de decisão não é simplesmente tomar decisões sem nenhuma estrutura, mas sim a partir dos recursos disponíveis no momento da decisão. Raymundo acrescenta que administrar é o processo que conduz as pessoas à realização de determinados trabalhos, pois é necessário que exista no administrador a capacidade de influenciar as pessoas a realizarem suas tarefas.

Ainda Maximiano, acreditar que administrar é agir, é o processo de tomar decisões e realizar ações que compreende cinco processos principais: organização, planejamento, execução, liderança, e controle (sublinhados acrescentados). Estes são os principais elementos que caracterizam a definição da administração, é o principal conceito adotado neste artigo, visto que a intenção é correlacionar esta definição com o processo gerencial do enfermeiro. Demonstrar-se-á, mais a frente, como esses elementos se enquadra no trabalho do enfermeiro.

Com essa breve conceituação da ciência da administração, será apresentada logo a seguir as principais teorias desta disciplina e mais tarde se retornará a definição da administração:

Teoria da Administração Científica: Quando se fala desta primeira corrente da administração como ciência o destaque vai para o engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor. Ele observou ao longo de sua carreira a deficiência das produções fabris, tais como: ausência de noção clara de divisão de responsabilidades; muitos trabalhadores não cumpriam seu dever; as decisões dos administradores eram baseadas em intuições e palpites; os departamentos das empresas não eram integrados, aos trabalhadores eram delegadas funções onde não possuíam habilidade, dentre outras deficiências. Tendo em vista os problemas das produções fabris, Taylor achou por bem desenvolver o "estudo sistemático e científico do tempo", o que consistia em cronometrar o tempo em que os funcionários produziam determinados produtos

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro de Família e Comunidade

no maior ritmo possível. Este estudo tinha como objetivo analisar o tempo necessário para o desenvolvimento de determinadas tarefas e o salário correspondente.

Ao passar dos anos Taylor observou que a questão do tempo e salário unicamente não solucionaria o problema. Então desenvolveu uma nova pesquisa que visava o aprimoramento dos métodos de trabalho. Assim sendo ele apresenta uma nova concepção dos princípios da administração de uma empresa, que são eles: Seleção e treinamento de pessoal, salários altos e baixos custos de produção, identificação de como executar as tarefas da melhor maneira possível e cooperação entre trabalhadores e administração. Ainda outros aspectos foram abordados, entre eles: padronização de ferramenta e equipamentos, sequenciamento e programação de operações, estudo de movimentos, Conveniência de uma área de planejamento, cartões de instruções pagamento de acordo com desempenho e cálculos de custo. Após esses estudos o guru da teoria da administração científica agregou ao seu estudo que o incentivo individual ao trabalhador atenderia o desejo do ganho material estimulando assim o crescimento pessoal.

Teoria clássica da administração: A teoria de administração clássica foi fundada por Henry Fayol logo após a primeira guerra mundial (1914-1917) e tem como ponto de partida o estudo científico da administração. Fayol apresentou como novidade em sua época a necessidade de um ensino organizado e metódico de administração para formar administradores. A teoria clássica tem como estrutura a organização; e ele acreditava que o comportamento administrativo deveria ter como modelo a organização militar, ou seja, um sistema de hierarquização. Onde haja uma cadeia de comando interligando as posições e definindo quem se subordina a quem. Portanto, pode-se ver que a teoria clássica aborda a constituição de uma organização baseada em uma cadeia de comando, pela qual existe um corpo executivo que controla todo um grupo de pessoas que hierarquicamente se subordinam.

Teoria das relações humanas: Na década de 1930 psicólogos e cientistas sociais, afirmavam que o homem só trabalha por dinheiro. Acreditavam que as aplicações da administração científica eram insuficientes para o êxito profissional. Essas colocações trouxeram resultados desagradáveis como a desumanização do trabalho, tendo em vista o modo rígido de supervisão para realização de tarefas. Os estudiosos da época percebiam que a rigidez das normas de trabalho dificultavam o relacionamento dos trabalhadores em meio ao ambiente de trabalho. Helton Mayo, o mais importante contribuinte para a escola das relações humanas realizou um estudo que visava em princípio entender a produtividade e luminosidade no local do trabalho. Esperava-se que ao aumentar a luminosidade aumentaria o desempenho dos trabalhadores, assim como se diminuísse a luminosidade, diminuiria o desempenho dos trabalhadores. No entanto ao trocarem as lâmpadas por outras de uma mesma potência notou-se a queda do desempenho dos trabalhadores levando a conclusão

de que o que realmente poderia levar em consideração era o estado psicológico dos trabalhadores. Foi analisado então outros fatores como horário de descanso e alimentação. Porém os resultados foram diferentes do esperado, pois se notou novamente a influência de fatores psicológicos. Enfim foi realizado outro experimento pelo qual foi separado um grupo de seis trabalhadores e colocado sob uma supervisão mais branda onde foi encontrado um resultado satisfatório, pois os trabalhadores se sentiam mais liberdade e motivação. Portanto com esta escola descobriu-se o "homem social" da organização.

Teoria de sistema: A abordagem da teoria de sistema foi desenvolvida pelo Bertalanffy, que iniciou um movimento intelectual visando uma ciência unificada. Segundo Masiero sistema seria "um conjunto de elementos que inter-relacionam de forma coesa e integrada, buscando atingir determinado objetivo". Mais tarde ela obteve a projeção definitiva a partir do trabalho de Katz e Kahn no ano de 1987. A abordagem da estrutura de sistema relaciona a estrutura (organização) com o meio que lhe dá suporte e afirma que a maneira de manter a organização é fortalecer os seus recursos humanos que é a fonte motivadora da mesma. A palavra sistema está intimamente ligada com a palavra ambiente. O sistema necessita de constantes informações vindas do ambiente, para ser analisado o desempenho de produção a fim de atingir os seus objetivos. O pensamento desses autores leva a crer que a comunicação é a essência de uma organização, visto que através da comunicação os diversos departamentos das instituições se interligam.

Teoria Contingencial: Uma característica importante da teoria da contingência é que não se consegue sucesso na organização partindo de um único ponto, é necessária diversidade de alternativas para encaminhar estudos, demandas organizacionais e problemas. Segundo Masiero, Contingência significa eventualidade, incerteza, ou seja, a teoria da contingência aborda as diferentes formas de administrar, a forma de administrar é "relativa", envolvendo uma série de fatores, assim sendo, a maneira que uma organização deve ser administrada está condicionada ao ambiente em que ela está inserida. O fato da teoria de contingência considerar a forma de administrar relativa, dependendo do ambiente em que a organização está envolvida limita o processo administrativo, pois não estabelece nenhuma técnica padrão, e por outro lado enriquece as habilidades do administrador.

Administração em Enfermagem

A prática de enfermagem é uma das principais atividades profissionais da área de saúde, onde se abrange diversos departamentos de atuação. Em função do desenvolvimento técnico-científico e de sua prática profissional, a enfermagem é uma profissão que vem evoluindo muito ao longo dos anos. Para esses dois autores a enfermagem é um conjunto de ciências humanas e sociais, uma profissão que vem evoluindo consideravelmente ao longo dos anos e vem sendo estudada e através disto observa-se uma grande contribuição de sua parte para o desenvolvimento de seu pessoal.