



SL-103MR-21  
CÓD: 7908433202820

# **ENFERMAGEM PARA CONCURSOS**

## **Conhecimentos Específicos**

1. Sistema Único De Saúde (Sus – Leis Nº 8.080/1990 E Nº 8.142/1990).Princípios, Diretrizes, Estrutura E Organização. Políticas De Saúde. Estrutura E Funcionamento Das Instituições E Suas Relações Com Os Serviços De Saúde. Sistema De Planejamento Do Sus. Planejamento Estratégico E Normativo .....	01
2. Níveis Progressivos De Assistência À Saúde .....	16
3. Direitos Dos Usuários Do Sus .....	17
4. Participação E Controle Social .....	24
5. Ações E Programas Do Sus .....	27
6. Legislação Básica Do Sus .....	28
7. Vigilância Epidemiológica. ....	28
8. Vigilância Em Saúde .....	35
9. Programas De Prevenção E Controle De Doenças Transmissíveis Prevalentes No Cenário Epidemiológico Brasileiro .....	40
10. Doenças E Agravos Não Transmissíveis .....	44
11. Programa Nacional De Imunizações .....	45
12. Teorias E Processo De Enfermagem. Taxonomias De Diagnósticos De Enfermagem .....	57
13. Procedimentos Técnicos Em Enfermagem .....	65
14. Assistência De Enfermagem Perioperatória .....	72
15. Assistência De Enfermagem A Pacientes Com Alterações De Funções.cardiovascular E Circulatória. Digestiva E Gastrointestinal. Metabólica E Endócrina. Renal E Do Trato Urinário. Reprodutiva. Tegumentar. Neurológica. Musculoesquelética .....	75
16. Assistência De Enfermagem Aplicada À Saúde Sexual E Reprodutiva Da Mulher Com Ênfasesnas Ações De Baixa E Média Complexidade. assistência De Enfermagem À Gestante, Parturiente E Puérpera .....	87
17. Assistência De Enfermagem Ao Recém-Nascido .....	119
18. Assistência De Enfermagem À Mulher No Climatério E Menopausa E Na Prevenção E No Tratamento De Ginecopatias. ....	137
19. Assistência De Enfermagem À Criança Sadia (Crescimento, Desenvolvimento, Aleitamento Materno, Alimentação) E Cuidado Nas Doenças Prevalentes Na Infância (Diarreicas E Respiratórias) .....	137
20. Atendimento A Pacientes Em Situações De Urgência E Emergência. Estrutura Organizacional Do Serviço De Emergência Hospitalar E Pré-Hospitalar. Suporte Básico De Vida Em Emergências. Suporte Avançado De Vida. Atendimento Inicial Ao Politraumatizado. Atendimento Na Parada Cardiorrespiratória. Assistênciade Enfermagem Ao Paciente Crítico Com Distúrbios Hidroeletrólitos, Acidobásicos, Insuficiência Respiratória E Ventilação Mecânica. Insuficiência Renal E Métodos Dialíticos.insuficiência Hepática. Avaliação De Consciência No Paciente Em Coma. Doação, Captação E Transplante De Órgãos. Enfermagem Em Urgências. Violência, Abuso De Drogas, Intoxicações, Emergências Ambientais .....	137
21. Gerenciamento De Enfermagem Em Serviços De Saúde. Gerenciamento De Recursos Humanos. Dimensionamento, Recrutamento E Seleção, Educação Em Procedimentos E Métodos Diagnósticos .....	186
22. Agravos À Saúde Relacionados Ao Trabalho .....	197
23. Gerenciamento Dos Resíduos De Serviços De Saúde .....	213
24. Pressupostos Teóricos E Metodológicos Da Pesquisa Em Saúde E Enfermagem .....	213
25. Central De Material E Esterilização. Processamento De Produtos Para Saúde. Processos De Esterilização De Produtos Para Saúde. Controle De Qualidade E Validação Dos Processos De Esterilização De Produtos Para Saúde .....	213
26. Práticas De Biossegurança Aplicadas Ao Processo De Cuidar. Risco Biológico E Medidas De Precauções Básicas Para A Segurança Individual E Coletiva No Serviço De Assistência À Saúde. Precaução Padrão E Precauções Por Forma De Transmissão Das Doenças. Definição, Indicações De Uso E Recursos Materiais. Medidas De Proteção Cabíveis Nas Situações De Risco Potencial De Exposição216	
27. Controle De Infecção Hospitalar .....	223
28. Código De Ética Dos Profissionais De Enfermagem .....	231

---

---

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

---

1. Sistema Único De Saúde (Sus – Leis Nº 8.080/1990 E Nº 8.142/1990).Princípios, Diretrizes, Estrutura E Organização. Políticas De Saúde. Estrutura E Funcionamento Das Instituições E Suas Relações Com Os Serviços De Saúde. Sistema De Planejamento Do Sus. Planejamento Estratégico E Normativo . . . . .	01
2. Níveis Progressivos De Assistência À Saúde . . . . .	16
3. Direitos Dos Usuários Do Sus . . . . .	17
4. Participação E Controle Social . . . . .	24
5. Ações E Programas Do Sus . . . . .	27
6. Legislação Básica Do Sus . . . . .	28
7. Vigilância Epidemiológica. . . . .	28
8. Vigilância Em Saúde . . . . .	35
9. Programas De Prevenção E Controle De Doenças Transmissíveis Prevalentes No Cenário Epidemiológico Brasileiro . . . . .	40
10. Doenças E Agravos Não Transmissíveis . . . . .	44
11. Programa Nacional De Imunizações . . . . .	45
12. Teorias E Processo De Enfermagem. Taxonomias De Diagnósticos De Enfermagem . . . . .	57
13. Procedimentos Técnicos Em Enfermagem . . . . .	65
14. Assistência De Enfermagem Perioperatória . . . . .	72
15. Assistência De Enfermagem A Pacientes Com Alterações De Funções.cardiovascular E Circulatória. Digestiva E Gastrointestinal. Metabólica E Endócrina. Renal E Do Trato Urinário. Reprodutiva. Tegumentar. Neurológica. Musculoesquelética . . . . .	75
16. Assistência De Enfermagem Aplicada À Saúde Sexual E Reprodutiva Da Mulher Com Ênfasesnas Ações De Baixa E Média Complexidade. assistência De Enfermagem À Gestante, Parturiente E Puérpera . . . . .	87
17. Assistência De Enfermagem Ao Recém-Nascido . . . . .	119
18. Assistência De Enfermagem À Mulher No Climatério E Menopausa E Na Prevenção E No Tratamento De Ginecopatias. . . . .	137
19. Assistência De Enfermagem À Criança Sadia (Crescimento, Desenvolvimento, Aleitamento Materno, Alimentação) E Cuidado Nas Doenças Prevalentes Na Infância (Diarreicas E Respiratórias) . . . . .	137
20. Atendimento A Pacientes Em Situações De Urgência E Emergência. Estrutura Organizacional Do Serviço De Emergência Hospitalar E Pré-Hospitalar. Suporte Básico De Vida Em Emergências. Suporte Avançado De Vida. Atendimento Inicial Ao Politraumatizado. Atendimento Na Parada Cardiorrespiratória. Assistênciade Enfermagem Ao Paciente Crítico Com Distúrbios Hidroeletrolíticos, Acidobásicos, Insuficiência Respiratória E Ventilação Mecânica. Insuficiência Renal E Métodos Dialíticos.insuficiência Hepática. Avaliação De Consciência No Paciente Em Coma. Doação, Captação E Transplante De Órgãos. Enfermagem Em Urgências. Violência, Abuso De Drogas, Intoxicações, Emergências Ambientais . . . . .	137
21. Gerenciamento De Enfermagem Em Serviços De Saúde. Gerenciamento De Recursos Humanos. Dimensionamento, Recrutamento E Seleção, Educação Em Procedimentos E Métodos Diagnósticos . . . . .	186
22. Agravos À Saúde Relacionados Ao Trabalho . . . . .	197
23. Gerenciamento Dos Resíduos De Serviços De Saúde. . . . .	213
24. Pressupostos Teóricos E Metodológicos Da Pesquisa Em Saúde E Enfermagem. . . . .	213
25. Central De Material E Esterilização. Processamento De Produtos Para Saúde. Processos De Esterilização De Produtos Para Saúde. Controle De Qualidade E Validação Dos Processos De Esterilização De Produtos Para Saúde. . . . .	213
26. Práticas De Biossegurança Aplicadas Ao Processo De Cuidar. Risco Biológico E Medidas De Precauções Básicas Para A Segurança Individual E Coletiva No Serviço De Assistência À Saúde. Precaução Padrão E Precauções Por Forma De Transmissão Das Doenças. Definição, Indicações De Uso E Recursos Materiais. Medidas De Proteção Cabíveis Nas Situações De Risco Potencial De Exposição216	
27. Controle De Infecção Hospitalar . . . . .	223
28. Código De Ética Dos Profissionais De Enfermagem . . . . .	231

**Vigilância em saúde:** expande seus objetivos. Em um país com as dimensões do Brasil, com realidades regionais bastante diversificadas, a vigilância em saúde é um grande desafio. Apesar dos avanços obtidos, como a erradicação da poliomielite, desde 1989, e com a interrupção da transmissão de sarampo, desde 2000, convivemos com doenças transmissíveis que persistem ou apresentam incremento na incidência, como a AIDS, as hepatites virais, as meningites, a malária na região amazônica, a dengue, a tuberculose e a hanseníase. Observamos, ainda, aumento da mortalidade por causas externas, como acidentes de trânsito, conflitos, homicídios e suicídios, atingindo, principalmente, jovens e população em idade produtiva. Nesse contexto, o Ministério da Saúde com o objetivo de integração, fortalecimento da capacidade de gestão e redução da morbimortalidade, bem como dos fatores de risco associados à saúde, expande o objeto da vigilância em saúde pública, abrangendo as áreas de vigilância das doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de riscos; a vigilância ambiental em saúde e a análise de situação de saúde.

**Competências municipais na vigilância em saúde**

Compete aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de bloqueio); vigilância epidemiológica; monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos.

**Desafios públicos, responsabilidades compartilhadas:** A legislação brasileira – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e legislação sanitária, incluindo as Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990 – estabelece prerrogativas, deveres e obrigações a todos os governantes. A Constituição Federal define os gastos mínimos em saúde, por esfera de governo, e a legislação sanitária, os critérios para as transferências intergovernamentais e alocação de recursos financeiros. Essa vinculação das receitas objetiva preservar condições mínimas e necessárias ao cumprimento das responsabilidades sanitárias e garantir transparência na utilização dos recursos disponíveis. A responsabilização fiscal e sanitária de cada gestor e servidor público deve ser compartilhada por todos os entes e esferas governamentais, resguardando suas características, atribuições e competências. O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária. É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida.

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, dispondo de recursos financeiros e equipes insuficientes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública em saúde deve adotar condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais.

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada Subsistema.

A Sociedade, nos termos da Legislação, participa do planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos Estados e Municípios.

**Níveis de Gestão do SUS**

**Esfera Federal** - Gestor: Ministério da Saúde - Formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível Estadual. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

**Esfera Estadual** - Gestor: Secretaria Estadual de Saúde - Formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS.

**Esfera Municipal** - Gestor: Secretaria Municipal de Saúde - Formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente a segunda parte do art. 196 se ocupa o Sistema Único de Saúde, de forma mais concreta e direta, sob pena de a saúde, como setor, como uma área da Administração Pública, se ver obrigada a cuidar de tudo aquilo que possa ser considerado como fatores que condicionam e interferem com a saúde individual e coletiva. Isso seria um arrematado absurdo e deveríamos ter um super Ministério e super Secretarias da Saúde responsáveis por toda política social e econômica protetivas da saúde.

Se a Constituição tratou a saúde sob grande amplitude, isso não significa dizer que tudo o que está ali inserido corresponde a área de atuação do Sistema Único de Saúde.

Repassando, brevemente, aquela seção do capítulo da Seguridade Social, temos que: -- o art. 196, de maneira ampla, cuida do direito à saúde; -- o art. 197 trata da relevância pública das ações e serviços de saúde, públicos e privados, conferindo ao Estado o direito e o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar o setor (público e privado); -- o art. 198 dispõe sobre as ações e os serviços públicos de saúde que devem ser garantidos a todos cidadãos para a sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde; -- o art. 199, trata da liberdade da iniciativa privada, suas restrições (não pode explorar o sangue, por ser bem fora do comércio; deve submeter-se à lei quanto à remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano; não pode contar com a participação do capital estrangeiro na saúde privada; não pode receber auxílios e subvenções, se for entidade de fins econômicos etc.) e a possibilidade de o setor participar, complementarmente, do setor público; -- e o art. 200, das atribuições dos órgãos e entidades que compõem o sistema público de saúde. O SUS é mencionado somente nos arts. 198 e 200.

A leitura do art. 198 deve sempre ser feita em consonância com a segunda parte do art. 196 e com o art. 200. O art. 198 estatui que todas as ações e serviços públicos de saúde constituem um único sistema. Aqui temos o SUS. E esse sistema tem como atribuição garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços públicos de saúde (segunda parte do art. 196), conforme campo demarcado pelo art. 200 e leis específicas.

O art. 200 define em que campo deve o SUS atuar. As atribuições ali relacionadas não são taxativas ou exaustivas. Outras poderão existir, na forma da lei. E as atribuições ali elencadas dependem, também, de lei para a sua exequibilidade.

Em 1990, foi editada a Lei n. 8.080/90 que, em seus arts. 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o art. 200 da CF (ainda que, em alguns casos, tenha repetido os incisos daquele artigo, tão somente).

São objetivos do SUS: a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O art. 6º, estabelece como competência do Sistema a execução de ações e serviços de saúde descritos em seus 11 incisos.

O SUS deve atuar em campo demarcado pela lei, em razão do disposto no art. 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, não tem o condão de abranger as condicionantes econômico-sociais da saúde, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infundáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico.

Será a lei que deverá impor as proporções, sem, contudo, é óbvio, cercar o direito à promoção, proteção e recuperação da saúde. E aqui o elemento delimitador da lei deverá ser o da dignidade humana.

Lembramos, por oportuno que, o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003 -- que se encontra no Congresso Nacional para regulamentar os critérios de rateio de transferências dos recursos da União para Estados e Municípios -- busca disciplinar, de forma mais clara e definitiva, o que são ações e serviços de

saúde e estabelecer o que pode e o que não pode ser financiado com recursos dos fundos de saúde. Esses parâmetros também servirão para circunscrever o que deve ser colocado à disposição da população, no âmbito do SUS, ainda que o art. 200 da CF e o art. 6º da LOS tenham definido o campo de atuação do SUS, fazendo pressupor o que são ações e serviços públicos de saúde, conforme dissemos acima. (O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde também disciplinaram o que são ações e serviços de saúde em resoluções e portarias).

#### O QUE FINANCIAR COM OS RECURSOS DA SAÚDE?

De plano, excetuam-se da área da saúde, para efeito de financiamento, (ainda que absolutamente relevantes como indicadores epidemiológicos da saúde) as condicionantes econômico-sociais. Os órgãos e entidades do SUS devem conhecer e informar à sociedade e ao governo os fatos que interferem na saúde da população com vistas à adoção de políticas públicas, sem, contudo, estarem obrigados a utilizar recursos do fundo de saúde para intervir nessas causas.

Quem tem o dever de adotar políticas sociais e econômicas que visem evitar o risco da doença é o Governo como um todo (políticas de governo), e não a saúde, como setor (políticas setoriais). A ela, saúde, compete atuar nos campos demarcados pelos art. 200 da CF e art. 6º da Lei n. 8.080/90 e em outras leis específicas.

Como exemplo, podemos citar os servidores da saúde que devem ser pagos com recursos da saúde, mas o seu inativo, não; não porque os inativos devem ser pagos com recursos da Previdência Social. Idem quanto as ações da assistência social, como bolsa-alimentação, bolsa-família, vale-gás, renda mínima, fome zero, que devem ser financiadas com recursos da assistência social, setor ao qual incumbe promover e prover as necessidades das pessoas carentes visando diminuir as desigualdades sociais e suprir suas carências básicas imediatas. Isso tudo interfere com a saúde, mas não pode ser administrada nem financiada pelo setor saúde.

O saneamento básico é outro bom exemplo. A Lei n. 8.080/90, em seu art. 6º, II, dispõe que o SUS deve participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico. Por sua vez, o § 3º do art. 32, reza que as ações de saneamento básico que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, DF e Municípios e não com os recursos dos fundos de saúde.

Nesse ponto gostaríamos de abrir um parêntese para comentar o Parecer do Sr. Procurador Geral da República, na ADIn n. 3087-6/600-RJ, aqui mencionado.

O Governo do Estado do Rio de Janeiro, pela Lei n. 4.179/03, instituiu o Programa Estadual de Acesso à Alimentação -- PEAA, determinando que suas atividades correrão à conta do orçamento do Fundo Estadual da Saúde [13], vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. O PSDB, entendendo ser a lei inconstitucional por utilizar recursos da saúde para uma ação que não é de responsabilidade da área da saúde, moveu ação direta de inconstitucionalidade, com pedido de cautelar.

O Sr. Procurador da República (Parecer n. 5147/CF), opinou pela improcedência da ação por entender que o acesso à alimentação é indissociável do acesso à saúde, assim como os medicamentos o são e que as pessoas de baixa renda devem ter atendidas a necessidade básica de alimentar-se.

Infelizmente, mais uma vez confundiu-se “saúde” com “assistência social”, áreas da Seguridade Social, mas distintas entre si. A alimentação é um fator que condiciona a saúde tanto quanto o saneamento básico, o meio ambiente degradado, a falta de renda e lazer, a falta de moradia, dentre tantos outros fatores condicionantes e determinantes, tal qual mencionado no art. 3º da Lei n. 8.080/90 [14].

A Lei n. 8.080/90 ao dispor sobre o campo de atuação do SUS incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar [15], atividades complexas que não tem a ver com o fornecimento, puro e simples, de bolsa-alimentação, vale-alimentação ou qualquer outra forma de garantia de mínimos existenciais e sociais, de atribuição da assistência social ou de outras áreas da Administração Pública voltadas para corrigir as desigualdades sociais. A vigilância nutricional deve ser realizada pelo SUS em articulação com outros órgãos e setores governamentais em razão de sua interface com a saúde. São atividades que interessam a saúde, mas as quais, a saúde como setor, não as executa. Por isso a necessidade das comissões intersetoriais previstas na Lei n. 8.080/90.

A própria Lei n. 10.683/2003, que organiza a Presidência da República, estatuiu em seu art. 27, XX ser atribuição do Ministério da Saúde:

- a) política nacional de saúde;
- b) coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde;
- c) saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
- d) informações em saúde;
- e) insumos críticos para a saúde;
- f) ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- g) vigilância em saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos;
- h) pesquisa científica e tecnológica na área da saúde. Ao Ministério da Saúde compete a vigilância sobre alimentos (registro, fiscalização, controle de qualidade) e não a prestação de serviços que visem fornecer alimentos às pessoas de baixa renda.

O fornecimento de cesta básica, merenda escolar, alimentação a crianças em idade escolar, idosos, trabalhadores rurais temporários, portadores de moléstias graves, conforme previsto na Lei do Estado do Rio de Janeiro, são situações de carência que necessitam de apoio do Poder Público, sem sombra de dúvida, mas no âmbito da assistência social [16] ou de outro setor da Administração Pública e com recursos que não os do fundo de saúde. Não podemos mais confundir assistência social com saúde. A alimentação interessa à saúde, mas não está em seu âmbito de atuação.

Tanto isso é fato que a Lei n. 8.080/90, em seu art. 12, estabeleceu que “serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil”, dispondo seu parágrafo único que “as comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Já o seu art. 13, destaca, algumas dessas atividades, mencionando em seu inciso I a “alimentação e nutrição”.

O parâmetro para o financiamento da saúde deve ser as atribuições que foram dadas ao SUS pela Constituição e por leis específicas e não a 1ª parte do art. 196 da CF, uma vez que os fatores que condicionam a saúde são os mais variados e estão

inseridos nas mais diversas áreas da Administração Pública, não podendo ser considerados como competência dos órgãos e entidades que compõe o Sistema Único de Saúde.

#### DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Vencida esta etapa, adentramos em outra, no interior do setor saúde - SUS, que trata da integralidade da assistência à saúde. O art. 198 da CF determina que o Sistema Único de Saúde deve ser organizado de acordo com três diretrizes, dentre elas, o atendimento integral que pressupõe a junção das atividades preventivas, que devem ser priorizadas, com as atividades assistenciais, que também não podem ser prejudicadas.

A Lei n. 8.080/90, em seu art. 7º (que dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS), define a integralidade da assistência como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A integralidade da assistência exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema.

Vê-se, pois, que a assistência integral não se esgota nem se completa num único nível de complexidade técnica do sistema, necessitando, em grande parte, da combinação ou conjugação de serviços diferenciados, que nem sempre estão à disposição do cidadão no seu município de origem. Por isso a lei sabiamente definiu a integralidade da assistência como a satisfação de necessidades individuais e coletivas que devem ser realizadas nos mais diversos patamares de complexidade dos serviços de saúde, articulados pelos entes federativos, responsáveis pela saúde da população.

A integralidade da assistência é interdependente; ela não se completa nos serviços de saúde de um só ente da federação. Ela só finaliza, muitas vezes, depois de o cidadão percorrer o caminho traçado pela rede de serviços de saúde, em razão da complexidade da assistência

E para a delimitação das responsabilidades de cada ente da federação quanto ao seu comprometimento com a integralidade da assistência, foram criados instrumentos de gestão, como o plano de saúde e as formas de gestão dos serviços de saúde.

Desse modo, devemos centrar nossas atenções no plano de saúde, por ser ele a base de todas as atividades e programações da saúde, em cada nível de governo do Sistema Único de Saúde, o qual deverá ser elaborado de acordo com diretrizes legais estabelecidas na Lei n. 8.080/90: epidemiologia e organização de serviços (arts. 7º VII e 37) [18]. O plano de saúde deve ser a referência para a demarcação de responsabilidades técnicas, administrativas e jurídicas dos entes políticos.

Sem planos de saúde -- elaborados de acordo com as diretrizes legais, associadas àquelas estabelecidas nas comissões intergovernamentais trilaterais [19], principalmente no que se refere à divisão de responsabilidades -- o sistema ficará ao sabor de ideologias e decisões unilaterais das autoridades dirigentes da saúde, quando a regra que perpassa todo o sistema é a da cooperação e da conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais, humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em redes regionalizadas de serviços, nos termos dos incisos IX, b e XI do art. 7º e art. 8º da Lei n. 8.080/90.

ções cardíacas, inclusive em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST. Mesmo em pacientes com supradesnível do segmento ST na admissão, subgrupos de maior risco podem ser identificados pelo ECG.

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

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

A acurácia diagnóstica do monitor de ST também tem se mostrado muito boa para detectar reoclusão coronariana pós-terapia de reperfusão, com sensibilidade de 90% e especificidade de 92%. Além disso, a demonstração de estabilidade do segmento ST mostrou 100% de sensibilidade e especificidade para detecção de obstrução coronariana subtotal em relação à obstrução total.

O monitor de ST também tem-se mostrado como método de grande utilidade para estratificação de risco em pacientes com angina instável ou mesmo com dor torácica de baixo risco e de etiologia a ser esclarecida, constituindo-se num preditor independente e altamente significativo de morte, infarto agudo do miocárdio não-fatal ou isquemia recorrente.

Assim é recomendado:

1) Todo paciente com dor torácica visto na sala de emergência deve ser submetido imediatamente a um ECG, o qual deverá ser prontamente interpretado (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

2) Um novo ECG deve ser obtido no máximo 3h após o 1º em pacientes com suspeita clínica de síndrome coronariana aguda ou qualquer outra doença cardiovascular aguda, mesmo que o ECG inicial tenha sido normal, ou a qualquer momento em caso de recorrência da dor torácica ou surgimento de instabilidade clínica (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

3) Devido à sua baixa sensibilidade para o diagnóstico de síndrome coronariana aguda, o ECG nunca deve ser o único exame complementar utilizado para confirmar ou afastar o diagnóstico da doença, necessitando de outros testes simultâneos, como marcadores de necrose miocárdica, monitor do segmento ST, ecocardiograma e testes de estresse (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

4) Se disponível, o monitor de tendência do segmento ST deve ser utilizado, simultaneamente, ao ECG em pacientes com dor torácica e suspeita clínica de síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST para fins diagnóstico e prognóstico (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B);

5) Para pacientes com IAM com supradesnível do segmento ST que tenham recebido terapia de reperfusão coronariana o monitor do segmento ST poderá ser utilizado para detectar precocemente a ocorrência de recanalização ou o fenômeno de reoclusão coronariana (Grau de Recomendação IIb, Nível de Evidência

### **Papel diagnóstico e prognóstico dos marcadores de necrose miocárdica**

Os marcadores de necrose miocárdica têm um papel importante não só no diagnóstico como também no prognóstico da síndrome coronariana aguda.

Mioglobina - Esta é uma proteína encontrada tanto no músculo cardíaco como no esquelético, que se eleva precocemente após necrose miocárdica, podendo ser detectada no sangue de vários pacientes, já na primeira hora pós-oclusão coronariana.

A mioglobina tem uma sensibilidade diagnóstica para o IAM significativamente maior, que a da creatinofosfoquinase-MB (CK-MB) nos pacientes que procuram a sala de emergência com menos de 4h de início dos sintomas. Estudos têm demonstrado uma sensibilidade para a mioglobina de 60-80% imediatamente após a chegada do paciente ao hospital 60-62. Sua relativamente baixa especificidade (80%), resultante da alta taxa de resultados falso-positivos, encontrados em pacientes com trauma muscular, convulsões, cardioversão elétrica ou insuficiência renal crônica, limitam o seu uso isoladamente. Entretanto, um resultado positivo obtido 3-4h após a chegada ao hospital sugere fortemente o diagnóstico de IAM (valor preditivo positivo <sup>3</sup> 95%). Da mesma forma, um resultado negativo obtido 3-4h após a chegada torna improvável o diagnóstico de infarto (valor preditivo negativo <sup>3</sup> 90%), principalmente em paciente com baixa probabilidade pré-teste de doença (valor preditivo negativo <sup>3</sup> 95%).

Creatinofosfoquinase-MB (CK-MB) - A creatinofosfoquinase é uma enzima que catalisa a formação de moléculas de alta energia e, por isso, encontrada em tecidos que as consomem (músculos cardíaco e esquelético e tecido nervoso).

A sensibilidade de uma única CK-MB obtida imediatamente na chegada ao hospital em pacientes com dor torácica para o diagnóstico de IAM é baixa (30-50%). Já a sua utilização dentro das primeiras 3h de admissão aumenta esta sensibilidade para cerca de 80 a 85%, alcançando 100% quando utilizada de forma seriada, a cada 3-4h, desde a admissão até a 9ª hora (ou 12h após o início da oclusão coronariana) 17,63-66.

Da mesma forma, o valor preditivo negativo da CK-MB obtida até a 3ª hora pós-admissão ainda é sub-ótimo (95%), apesar de subgrupos de pacientes com baixa probabilidade de IAM já terem este valor preditivo <sup>3</sup> 97% neste momento 16,17,66. Pacientes com média e alta probabilidade só alcançam 100% de valor preditivo negativo ao redor da 9 a 12ª hora. Estes dados apontam para a necessidade de uma avaliação por pelo menos 9h para confirmar ou afastar o diagnóstico de IAM nestes pacientes. A especificidade da CK-MB de 95% decorre de alguns resultados falso-positivos encontrados principalmente quando a metodologia é a da atividade da CK-MB e não da massa.

Troponina - As troponinas cardíacas são proteínas do complexo miofibrilar encontradas somente no músculo cardíaco. Devido à sua alta sensibilidade, discretas elevações são compatíveis com pequenos (micro) infartos, mesmo em ausência de elevação da CK-MB. Por este motivo tem-se recomendado que as troponinas sejam atualmente consideradas como o marcador padrão-ouro para o diagnóstico de IAM. Entretanto, é preciso frisar que a troponina miocárdica pode ser também liberada em situações clínicas não-isquêmicas, que causam necrose do músculo cardíaco, como miocardites, cardioversão elétrica e trauma cardíaco. Além disso, as troponinas podem se elevar em doenças não-cardíacas, tais como as miosites, a embolia pulmonar e a insuficiência renal.

A técnica mais apropriada para a dosagem quantitativa das troponinas cardíacas é o imunoenensaio enzimático (método ELISA) mas técnicas qualitativas rápidas usadas à beira do leito também têm sido utilizadas com boa acurácia diagnóstica.

A sensibilidade global das troponinas para o diagnóstico de IAM depende do tipo de paciente estudado e da sua probabilidade pré-teste de doença, da duração do episódio doloroso e do ponto de corte de anormalidade do nível sérico estipulado, variando de 85 a 99%.

Como as troponinas são os marcadores de necrose miocárdica mais lentos para se elevarem após a oclusão coronariana, sua sensibilidade na admissão é muito baixa (20-40%), aumentando lenta e progressivamente nas próximas 12h. Sua especificidade global varia de 85 a 95%, e o seu valor preditivo positivo de 75 a 95%. Os resultados falso-positivos encontrados nesses estudos decorrem da não classificação de angina instável de alto risco, como IAM, de níveis de corte inapropriadamente baixos e de outras doenças que afetam sua liberação e/ou metabolismo. Devido à baixa sensibilidade das troponinas nas primeiras horas do infarto, o seu valor preditivo negativo na chegada ao hospital também é baixo (50-80%), não permitindo que se afaste o diagnóstico na admissão.

Além da sua importância diagnóstica, as troponinas tem sido identificadas como um forte marcador de prognóstico imediato e tardio em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST. Esta estratificação de risco tem importância também para definir estratégias terapêuticas médicas e/ou intervencionistas mais agressivas a serem utilizadas nestes pacientes. A baixa sensibilidade diagnóstica da troponina obtida nas primeiras horas também não permite a avaliação do risco destes pacientes na admissão hospitalar, além do que resultados negativos não excluem a ocorrência de eventos imediatos.

Assim sendo, esta diretriz recomenda:

1) Marcadores bioquímicos de necrose miocárdica devem ser mensurados em todos os pacientes com suspeita clínica de síndrome coronariana aguda, obtidos na admissão à sala de emergência ou à Unidade de Dor Torácica e repetidos, pelo menos, uma vez nas próximas 6 a 9h (Grau de Recomendação Classe I e Nível de Evidência B e D). Pacientes com dor torácica e baixa probabilidade de doença podem ter o seu período de investigação dos marcadores séricos reduzido a 3h (Grau de Recomendação IIa, Nível de Evidência B);

2) CK-MB massa e/ou troponinas são os marcadores bioquímicos de escolha para o diagnóstico definitivo de necrose miocárdica nesses pacientes (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

3) Embora a elevação de apenas um dos marcadores de necrose citado seja suficiente para o diagnóstico de IAM, pelo menos dois marcadores devem ser utilizados no processo investigativo: um marcador precoce (com melhor sensibilidade nas primeiras 6h após o início da dor torácica, como é o caso da mioglobina ou da CK-MB) e um marcador definitivo tardio (com alta sensibilidade e especificidade global, a ser medido após 6h – como é o caso da CK-MB ou das troponinas) (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

4) Idealmente, a CK-MB deve ser determinada pelo método que mede sua massa (e não a atividade) enquanto a troponina deve ser pelo método quantitativo imunoenzimático (e não qualitativo) (Grau de Recomendação IIa, Nível de Evidência B e D);

5) As amostras de sangue devem ser referenciadas em relação ao momento da chegada do paciente ao hospital e, idealmente, ao momento do início da dor torácica (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência D);

6) O resultado de cada dosagem dos marcadores de necrose miocárdica deve estar disponível e ser comunicado ao médico do paciente poucas horas após a colheita do sangue para que sejam tomadas as medidas clínicas cabíveis (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

7) Em pacientes com dor torácica e supradesnívelamento do segmento ST na admissão a coleta de marcadores de necrose miocárdica é desnecessária para fins de tomada de decisão terapêutica (p. ex., quando se vai utilizar fibrinolítico ou não) (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B).

#### O papel de outros métodos diagnósticos e prognósticos

Os métodos diagnósticos acessórios, disponíveis nas salas de emergência para a avaliação de pacientes com dor torácica, são o teste ergométrico, a cintilografia miocárdica e o ecocardiograma. Estes testes são usados com finalidade diagnóstica - para identificar os pacientes que ainda não têm seu diagnóstico estabelecido na admissão ou que tiveram investigação negativa para necrose e isquemia miocárdica de repouso, mas que podem ter isquemia sob estresse - e também prognóstica.

Os protocolos ou algoritmos que recomendam o uso de métodos de estresse precocemente, antes da alta hospitalar, o fazem para um subgrupo de pacientes com dor torácica considerados de baixo a moderado risco. A seleção destes pacientes baseia-se na inexistência de dor recorrente, na ausência de alterações eletrocardiográficas e de elevação de marcadores de necrose miocárdica à admissão e durante o período de observação.

Teste ergométrico - No modelo das Unidades de Dor Torácica o teste ergométrico tem sido o mais recomendado e utilizado devido a seu baixo custo e sua ampla disponibilidade nos hospitais, quando comparado aos outros métodos. Além disso, a segurança do exame é muito boa quando realizado em uma população de pacientes clinicamente estáveis e de baixo a moderado risco, apresentando baixíssima taxa de complicações. Um grupo tem inclusive preconizado o seu uso já na primeira hora após a chegada ao hospital em pacientes com baixa probabilidade de doença coronariana, até mesmo sem a avaliação prévia de marcadores bioquímicos de necrose miocárdica 86. Para estes pacientes a sensibilidade do teste para diagnóstico de doença é pequena (baixa probabilidade pré-teste) mas o valor preditivo negativo é elevadíssimo (<sup>3</sup> 98%).

Além da sua importância na exclusão de doença coronariana, o principal papel do teste ergométrico é estabelecer o prognóstico dos pacientes onde diagnósticos de IAM e angina instável de alto risco já foram afastados durante a investigação na Unidade de Dor Torácica. A sensibilidade e a especificidade do teste positivo ou inconclusivo para eventos cardíacos está em torno de 75%, sendo que estes resultados identificam um subgrupo de pacientes com maior risco de IAM, necessidade de revascularização miocárdica e de readmissão hospitalar 5,50,88,89. O valor preditivo negativo do teste para eventos também é elevadíssimo (<sup>3</sup> 98%).

Embora o uso do teste ergométrico possa abreviar o tempo de hospitalização de pacientes com dor torácica ao identificar aqueles de baixo risco (ausência de isquemia miocárdica) a relativamente alta taxa de resultados falso-positivos nesta população pode levar à realização de outros exames para confirmar a positividade, encarecendo o processo diagnóstico.

Cintilografia miocárdica de repouso - A cintilografia de perfusão miocárdica de repouso, realizada imediatamente após a chegada à sala de emergência, também tem se mostrado uma ferramenta importante na avaliação dos pacientes com dor torácica e ECG não-diagnóstico, com sensibilidade variando entre 90 e 100% e especificidade entre 65 e 80% para IAM. Uma cintilografia de repouso negativa praticamente exclui este diagnóstico nestes pacientes com baixa probabilidade de doença (valor preditivo negativo <sup>3</sup> 98%).

Além da excelente acurácia diagnóstica a cintilografia fornece importantes informações prognósticas. Aqueles pacientes com perfusão miocárdica normal apresentam baixíssima probabilidade de desenvolvimento de eventos cardíacos sérios nos próximos meses 45,91.

A larga utilização da cintilografia miocárdica imediata de repouso é limitada pela indisponibilidade do método nas salas de emergência, pela demora na sua realização após um episódio de dor torácica e pelos seus custos. Entretanto, alguns grupos têm preconizado a realização do exame para pacientes com média ou baixa probabilidade de IAM, já que um exame negativo praticamente afasta este diagnóstico 45,93, permitindo a liberação imediata destes pacientes com conseqüente redução dos custos hospitalares 94,95.

Ecocardiograma - O papel do ecocardiograma de repouso na avaliação de pacientes na sala de emergência com dor torácica se alicerça em poucos estudos publicados. Para o diagnóstico de IAM a sensibilidade varia de 70 a 95%, mas a grande taxa de resultados falso-positivos torna o valor preditivo positivo baixo. Já o valor preditivo negativo varia de 85 a 95%.

Quando se busca também o diagnóstico de angina instável (além de infarto) em pacientes com dor torácica e ECG inconclusivo, a sensibilidade do ecocardiograma passa a variar de 40 a 90%, sendo que o valor preditivo negativo fica entre 50 e 99%. Nesses pacientes, um ecocardiograma normal não parece agregar informações diagnósticas significativas, além daquelas já fornecidas pela história e ECG.

Estudos sobre a utilização do ecocardiograma de estresse com dobutamina na avaliação de uma população heterogênea com dor torácica ainda são pequenos e escassos. Sua sensibilidade para o diagnóstico de doença coronariana ou isquemia miocárdica detectada por outros métodos é de 90%, com especificidade variando de 80 a 90% e valor preditivo negativo de 98%. Para fins prognósticos, a sensibilidade do teste para a ocorrência de eventos cardíacos tardios em pacientes com dor torácica varia de 40 a 90%, mas o valor preditivo negativo é excelente (97%) 101,102, conferindo segurança ao médico emergencista em dispensar a realização de outros testes e liberar imediatamente o paciente para casa.

Deste modo, recomenda-se:

1) Nos pacientes com dor torácica inicialmente suspeita de etiologia isquêmica, que foram avaliados na sala de emergência e nos quais já se excluem as possibilidades de necrose e de isquemia miocárdica de repouso, um teste diagnóstico pré-alta deverá ser realizado para afastar ou confirmar a existência de isquemia miocárdica esforço-induzida (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

2) Por ser um exame de ampla disponibilidade, fácil execução seguro e de baixo custo, o teste ergométrico é o método de estresse de escolha para fins diagnóstico e/ou prognóstico em

pacientes com dor torácica e com baixa/média probabilidade de doença coronária (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

3) O ecocardiograma de estresse ou a cintilografia de estresse poderá ser realizado em pacientes nos quais o teste ergométrico foi inconclusivo ou quando não se pôde realizá-lo (incapacidade motora, distúrbios da condução no ECG, etc) (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

4) A cintilografia miocárdica imediata de repouso poderá ser realizada em pacientes com dor torácica com baixa probabilidade de doença coronariana com o objetivo de identificar ou afastar IAM, sendo que aqueles com teste negativo poderão ser liberados para casa sem necessidade de dosagem seriada de marcadores bioquímicos de necrose miocárdica (Grau de Recomendação IIa, Nível de Evidência B).

### O papel dos métodos de imagem na dor torácica de origem não-coronariana

Esta Diretriz somente contemplará a embolia pulmonar e a dissecação aguda da aorta no diagnóstico da dor torácica de origem não-coronariana devido às suas elevadas mortalidades, apesar da baixíssima incidência em pacientes com dor torácica na sala de emergência.

3.5.1 Embolia pulmonar - Em virtude das múltiplas formas de apresentação clínica da embolia pulmonar, da variabilidade da acurácia diagnóstica dos vários métodos de imagem (de acordo com a forma de apresentação) e da complexidade de realização da arteriografia pulmonar (método padrão-ouro), esta diretriz não classificará os graus de recomendação e seus respectivos níveis de evidência para a realização destes métodos.

As alterações radiológicas mais frequentemente encontradas na embolia pulmonar são as áreas de atelectasia, a elevação da hemicúpula diafragmática, o derrame pleural e a dilatação do tronco e dos ramos da artéria pulmonar. Áreas de hipofluxo pulmonar segmentar (sinal de Westmark) e infiltrado pulmonar de forma triangular com a base voltada para a pleura (sinal de Hampton) são os achados mais específicos da embolia pulmonar mas, infelizmente, são pouco sensíveis.

A ecocardiografia pode contribuir com importantes informações na suspeita de embolia pulmonar 105. O ecocardiograma transtorácico informa o tamanho das cavidades cardíacas, a função ventricular direita e esquerda, e a presença de hipertensão pulmonar. O ecocardiograma transesofágico, ao permitir visualizar o trombo na artéria pulmonar, é capaz de estabelecer o diagnóstico. Sua sensibilidade nesta situação é de 80% para pacientes com trombo localizado em tronco da artéria pulmonar e/ou seu ramo direito, com especificidade de 100% 105. É considerado o método de escolha para a avaliação inicial dos pacientes hemodinamicamente instáveis.

A cintilografia pulmonar de ventilação e perfusão é o método não-invasivo, classicamente utilizado para a estratificação da probabilidade de embolia pulmonar ao analisar o número de segmentos pulmonares acometidos, permitindo classificar a probabilidade de doença em ausente (normal), baixa, média ou alta 106. Pacientes com alta probabilidade à cintilografia e alta suspeita clínica devem ser tratados como tendo embolia pulmonar, pois essa associação apresenta uma sensibilidade de 96%. A cintilografia normal praticamente afasta o diagnóstico de embolia pulmonar em face de seu valor preditivo negativo ser muito alto (pouquíssimos casos falso-negativos). O grupo de pacientes com baixa e intermediária probabilidade necessita da realização de outro método de imagem para definição do diagnóstico.

**Como podemos definir Recrutamento e Seleção de Pessoal?**

Embora possa receber outros nomes como captação de talentos, gerenciamento de pessoal, e o que mais a nomenclatura mais moderna exigir, se você quiser contratar alguém para trabalhar em sua empresa, vai precisar recrutar e selecionar.

É interessante porque sempre falamos recrutamento e seleção como se fosse um nome composto. Na verdade não o é. E por sinal são situações bem distintas dentro do processo. Recrutar significa identificar - no universo de possibilidades que você tem - as pessoas que possuem os requisitos básicos para ocupar a vaga em aberto. Selecionar é definir entre os candidatos recrutados aquele ou aqueles mais adequados aos cargos existentes, visando manter ou aumentar a eficiência da organização e conduzi-la à excelência e ao sucesso.

**Como é operacionalizado e quais os principais meios de recrutamento de pessoal?**

O que inicia um processo de contratação é o recebimento de uma solicitação de pessoal encaminhada pela área requisitante à Gestão de Pessoas. A partir daí, a área de Gestão de Pessoas deve ter muito claro todos os requisitos do cargo - competências exigidas - para que possa, com clareza, iniciar o processo.

Caso a empresa tenha como política a valorização e retenção de seus talentos, primeiramente verificará dentro da própria empresa os colaboradores que se encaixam no perfil requerido - esta ação é denominada de recrutamento interno.

Uma vez identificadas as pessoas, o próximo passo é a seleção. Vale ressaltar que caso tenha um colaborador com as competências comportamentais para o cargo, porém necessite de uma capacitação técnica, posso instrumentalizá-lo e prepará-lo para o cargo e depois efetuar a promoção. Esta opção dependerá da política da empresa e do tempo que o departamento disponibiliza para a vaga ser ocupada.

Caso perceba que dentro da empresa não existe o profissional com os requisitos, deve-se optar por recrutamento externo.

Optando-se por recrutamento externo lançamos mão de anúncios em jornais, sites especializados, quadro de aviso interno, site da empresa, consultorias, networking entre empresas e redes sociais como Orkut, Facebook e Twitter, dentre outros. Lembramos que uma prática comum é o incentivo de indicação de amigos de colaboradores para trabalhar na instituição. Algumas empresas têm como prática oferecer bônus para colaboradores que indicarem pessoas e estas passarem na experiência, outras efetuam sorteio de viagens e outros brindes.

Quando valorizamos nossos talentos, efetuamos o recrutamento internamente e temos as seguintes vantagens:

- É mais econômico, evita despesas com anúncios, honorários de empresas de recrutamento, custos de atendimento a candidatos, custos de admissão, integração etc.
- É mais rápido, dependendo da possibilidade do colaborador ser transferido ou promovido de imediato, e evita as demoras frequentes do recrutamento externo.
- Apresenta maior índice de validade e segurança, pois o candidato já é conhecido, avaliado durante certo período de tempo e submetido à apreciação dos chefes envolvidos

Por outro lado, recrutar pessoas externas também tem suas vantagens:

- Traz experiências novas e pessoas motivadas para a organização.

- Renova e enriquece os recursos humanos da organização.
- Aproveita os investimentos em preparação e desenvolvimento de pessoal efetuados por outras empresas ou pelos próprios candidatos.

Percebemos que o banco de dados é a alma do processo de recrutamento e seleção. O que a senhora destaca para o controle, a atualização e a conservação do banco?

O banco de dados deve seguir uma construção que facilite a área de Gestão de Pessoas para buscar seus potenciais candidatos quando necessário. Deve ter um filtro onde os profissionais da área possam separar por cargo, escolaridade e especialização. Podemos fazer um banco tanto para profissionais internos como também externos. É interessante que ele seja renovado entre seis meses a um ano e que as pessoas cadastradas atualizem seus dados sempre ao término de algum curso, assim os dados ficam sempre atualizados. Lembramos que a maioria das instituições possui em seu endereço eletrônico na web o link 'trabalhe conosco'.

**Quais os instrumentos utilizados na seleção de pessoal? Existe algum grau de importância?**

Devemos ter em mente que selecionar é uma atividade de extrema importância e responsabilidade e que deve ser pautada sempre por instrumentos com comprovação científica. E sempre que utilizado testes psicológicos, que sejam os validados pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP) e feito por profissionais com a devida técnica e capacitação para tal. É muito comum ouvirmos as pessoas dizerem que selecionar é fácil e que "todos sabem fazer". Estamos lidando com seres humanos em um momento de muita vulnerabilidade, portanto o profissional deve ser consciente e responsável de seu papel. Dentre os instrumentos e técnicas utilizados podemos citar:

- Entrevista – Dirigida (com roteiro) ou não dirigida (livre);
- Provas de conhecimentos – Gerais ou específicas;
- Prova Prática;
- Testes de Personalidade – Expressivos projetivos e inventários;
- Técnicas de simulações – Psicodrama ou análise situacional, dinâmica de grupo;
- Estudo de Caso;
- Entrevista com a chefia imediata.

Hoje, as técnicas mais utilizadas são dinâmica de grupo, entrevista e conhecimento específico.

Geralmente, encaminha-se para entrevista com o requisitante três candidatos por vaga solicitada, ampliando as possibilidades de escolha.

"selecionar é uma atividade de extrema importância e responsabilidade"

A entrevista é muito importante para definir o profissional para a vaga. Qual recomendação à senhora sugere aos nossos internautas?

No papel de entrevistado: mostre o melhor de você. Não minta, não diga o que não é, não fale o que não sabe, enfim... Seja você! Seja sincero e autêntico.

Claro que sempre vemos sugestões de como se comportar na entrevista com relação à roupa, postura, o que dizer e uma série de "dicas", porém fica muito nítido para nós. selecionadores, quando isto é artificial. O natural flui... o artificial amarra...

Também é importante que para a entrevista o profissional se intere sobre a empresa, entre em seu site, veja sua proposta de gestão de pessoas, conheça sua história, sua cultura, missão,

visão e valores. Afinal, a seleção é um processo de mão dupla e é importante que o candidato também saiba sobre a empresa para poder fazer sua escolha.

No papel de entrevistador: o entrevistador deve ser respeitoso, realmente se focar na vaga, fazer perguntas que tenham conexão com o cargo que a pessoa vai atuar, sem ser invasivo. Deve entender, agir e acolher as pessoas enxergando tanto o lado humano como o físico, isto é, ter instalações adequadas para receber o candidato que garanta na hora do processo o sigilo e o respeito à privacidade. Deve, acima de tudo ser justo, tendo clareza dos critérios que estão sendo utilizados para a escolha e deixar isto claro para as pessoas que estão participando do processo, para que não tenham dúvidas. Não esquecer, lógico de dar o feedback ao término do processo.

O entrevistador deve deixar à disposição todo o material a ser utilizado, inclusive lendo antecipadamente atentamente todo o laudo de gestão de pessoas. Deve-se planejar o tempo suficiente e ser pontual, procurando deixar o entrevistado à vontade. A entrevista deve ser conduzida com naturalidade e não como interrogatório, incentivando o entrevistado a falar, criando um clima favorável e de receptividade. Deixe-o discorrer sobre suas atividades profissionais, só fazendo interrupções, se necessário, visando o entendimento de suas falas. Em caso de dúvidas, aborde com detalhes. Saiba ouvir, sem interromper ou cortar o raciocínio. Permita o silêncio, mas evite pausas prolongadas.

Evitar pré-conceitos e ser imparcial é fundamental para evitar influenciar-se por estereótipo. Seja empático, respeite o entrevistado.

Finalmente, evite transformar a entrevista em uma situação de orientação ou discussão. Nunca inverta os papéis e não acabe sendo o entrevistado.

#### **A prova teórica?**

Ela é muito importante, pois medimos o conhecimento da pessoa com relação à atuação na vaga em aberto. Mas temos que lembrar que o processo seletivo é um conjunto de ferramentas. Temos que compor este dado nas demais fases do processo de seleção para que possamos ter a avaliação total.

Nos hospitais em que trabalhei, todos aplicavam prova teórica e, claro, tínhamos uma linha de corte bem significativa e muito cuidadosa, de modo que as pessoas reprovadas realmente não sabiam o básico necessário.

É importante que tenhamos vários tipos de provas para um mesmo cargo, pois sempre algum conhece alguém que já passou pelo processo seletivo e acaba dando as “dicas do que cai na prova”. Caso prefira, elenque umas 100 questões e sorteie 10 a cada prova, assim você terá muitas possibilidades de provas diferentes.

É importante que as provas sejam específicas para a vaga em questão, por exemplo, se a vaga é para a CME, tenho que ter questões específicas para a área para que realmente eu possa medir o conhecimento do candidato. Dê preferência também por provas com perguntas abertas, pois assim você já observa a coerência do discurso escrito, raciocínio, caligrafia dentre outros.

#### **A prova prática?**

Importante, principalmente na área da saúde. Na área de Enfermagem a prova era acompanhada pela enfermeira da Educação Permanente. Pela Consolidação das Leis Trabalhista (CLT) podemos aplicar a prova prática com até três horas de duração. Durante este tempo verificamos como o profissional atua e

como ele aplica os princípios científicos. A prova deve ser individual evitando, assim, a exposição do profissional. Lembramos que as especificidades de processos de cada instituição devem ser explicadas aos candidatos ou não computadas na avaliação.

#### **Em quais situações a dinâmica de grupo pode ser utilizada?**

A dinâmica de grupo pode ser aplicada no processo seletivo de qualquer cargo, desde que sejam observadas as competências pertinentes à vaga. O número ideal de participantes é de, no máximo, 25 e no mínimo 15.

#### **Sobre o acolhimento das pessoas que participam do processo de seleção, o que a senhora poderia nos falar?**

Temos que tratar a todos com muito respeito, atenção e cuidado. Ser empático, atencioso e preparar o ambiente para receber as pessoas. Ser pontual, não deixar o candidato esperando, deixar claro todos os passos do processo e efetuar todos os passos no mesmo dia, na medida do possível, evitando que a pessoa retorne muitas vezes para o processo. É importante que todo o processo seja claro ao candidato, devemos explicar todas as fases e quais as condições destas fases, isto é, se elas são classificatórias ou eliminatórias. Este esclarecimento faz com que o candidato tenha a visão real do processo, eliminando a possibilidade de gerar falsas expectativas.

#### **Solicitar referências do candidato é uma boa prática?**

A solicitação ou não de carta de referência aos candidatos deve ser uma decisão do gestor porque requer uma avaliação bem criteriosa sobre o motivo que leva a esta solicitação. Durante o processo de seleção, na parte que tange a gestão de pessoas, utilizamos, como já falamos anteriormente, de uma série de ferramentas que nos permite avaliar e analisar os candidatos.

Caso alguma questão referente à atuação deste candidato em outra instituição gere dúvida ou controversa, lançamos mão deste recurso. Porém, se durante o processo seletivo o candidato não nos deixa dúvidas, este recurso não é utilizado, pois se faz desnecessário. Devemos ressaltar que uma avaliação de carta de referência fora de um contexto pode levar a julgamento errôneo. Reafirmo que o processo de seleção é um conjunto de recursos/ferramentas utilizadas para análise e avaliação do candidato, portanto nada isoladamente faz sentido.

#### **Qual a sua sugestão para contato dos reprovados no processo?**

Toda pessoa deve receber um feedback do processo que pode ser feito por carta ou por telefone. Vale lembrar que se a pessoa pedir uma devolutiva do processo temos que fazê-lo, pois todas as informações levantadas pertence à pessoa e ela tem o direito de saber. Sugiro que os candidatos reprovados sejam mantidos em arquivo por seis meses.

#### **Como podemos definir perfil, competências e requisitos do cargo?**

Percebemos que a Gestão por competência a cada dia vem tornando-se uma prática. Uma vez ela instalada permeará por todos os processos de gestão de pessoas. Desta forma, teremos as competências comportamentais e técnicas exigidas para cada cargo que somada às competências organizacionais definem o perfil do cargo. Com relação a requisitos, podemos usá-lo para expressar, por exemplo, a escolaridade necessária, especializações, enfim, como parte para compor o perfil do cargo.

**Quais os principais indicadores do processo de recrutamento e seleção de pessoal?**

Temos que nos atentar ao cenário ao qual estamos inseridos, como ele está se comportando e quais as tendências. Para esta visão, os números sempre nos ajudam. Cruzar números de candidatos convocados para uma determinada vaga X número de pessoas que compareceram X número de aprovados X número de aprovação após experiência é um bom dado para trabalharmos custos e o resultado do departamento de Gestão de Pessoas. O índice de rotatividade também merece uma avaliação e análise.

Nas instituições públicas o processo ocorre por concurso público, cujo início se dá pelo edital. Qual a sua orientação para a elaboração de um bom edital?

O bom edital é aquele que expressa claramente a necessidade da empresa. Deve ser objetivo e realmente conter todos os requisitos para a vaga em aberto ou para vaga reserva. Certificar-se que a prova de conhecimento realmente retrará a realidade vivenciada no cotidiano.

Sei que o que falarei não é a concepção de todos, mas neste processo falta a avaliação do potencial comportamental das pessoas. Todo bom profissional é composto pela técnica, pelo comportamento e por suas possibilidades de desenvolvimento. Se observarmos somente um aspecto, a avaliação fica parcial e prejudicada.

Ressalto a importância da área requisitante em todo o processo seletivo e no caso específico da enfermagem, o papel do enfermeiro, definindo em conjunto com gestão de pessoas o perfil dos colaboradores, as atividades a serem desenvolvidas nos diferentes departamentos e unidades para que a escolha do candidato adequado a vaga.

“Todo bom profissional é composto pela técnica, pelo comportamento e por suas possibilidades de desenvolvimento”

Quais as referências bibliográficas que a senhora indica aos internautas que estão iniciando na área ou desejam aprimorar seus conhecimentos?

Hoje, temos muitos periódicos e endereços eletrônicos que discutem a temática, mas, cito algumas obras que utilizo como referência nos meus cursos:

- Captação e seleção de talentos (Almeida, Editora Atlas)
- Seleção: princípios e métodos (Carvalho, Editora Pioneira)
- Planejamento, recrutamento e seleção de pessoal: como agregar talentos à empresa, (Chiavenato, Editora Atlas)
- Desempenho humano nas empresas (Editora Manole)
- Ética na gestão de pessoas: uma visão prática (Farah, El-E-dições Inteligentes)
- Seleção por Competência (Rabaglio)

Finalizando nossa entrevista, a senhora gostaria de enfatizar algo para os profissionais da área?

Sim, agradeço a oportunidade e reforço:

Pontos importantes para processo de recrutamento e seleção:

- Ter a descrição detalhada do cargo da vaga em aberto;
- Conhecer os pré-requisitos, competências e perfil comportamental esperado/desejado da vaga em aberto;
- Conhecer os principais desafios esperados pela área solicitante;
- Conhecer a cultura, os valores e os princípios, não só da empresa, mas da área, bem como da equipe da vaga em aberto;

- Conhecer (e entender) a missão, a visão, os objetivos estratégicos, os princípios da empresa para não contratar “um estranho no ninho”;

- Buscar sempre a participação do solicitante da vaga. Sem esta participação o processo seletivo ficará comprometido.

Devemos compreender que:

- A tarefa de recrutar e selecionar profissionais é estratégica;

- Esta atividade deve ser de responsabilidade da área de Gestão de Pessoas, pois ela está preparada para identificar os potenciais, visto que recrutar e selecionar pessoas no mercado é uma atividade com metodologia própria e não pode ser encarada como um evento pontual, subjetivo e sem importância;

- Uma seleção bem feita minimiza os processos de treinamento, pois não existe treinamento que dê conta de uma seleção mal feita.

**Gostaria de encerrar com uma reflexão aos líderes:**

O papel do processo seletivo é de assessorar as lideranças oferecendo um instrumental para que o requisitante possa melhor decidir. Selecionar, não é atividade restrita a um profissional normalmente alocado na área de Gestão de Pessoas. É uma responsabilidade eminentemente gerencial. Isto é, cabe a cada líder, a cada gerente ter a competência para escolher com quem vai trabalhar.

**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.