

Eletrônico



**Estratégia**  
CONCURSOS

Aula

Conteúdos Específicos p/ Prefeitura de Guarulhos (Enfermeiro da Família) - Pós-Edital

Professor: Lígia Carneiro Fernandes

<b>GESTÃO EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>2</b>
<i>ACREDITAÇÃO HOSPITALAR .....</i>	<i>9</i>
<i>Gestão de Materiais.....</i>	<i>12</i>
<i>DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM.....</i>	<i>14</i>
<i>RESOLUÇÃO COFEN 543/2017 .....</i>	<i>15</i>
<i>PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO, ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE.....</i>	<i>28</i>
<b>ATENÇÃO INTEGRAL E TRABALHO EM EQUIPE .....</b>	<b>32</b>



*Olá!*

*Este assunto é amplo mas são pontos específicos e repetidos que vem caindo. Trouxe os principais pontos aqui.*

*Para iniciar...*



Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSE RH Prova: CESPE - 2018 - EBSE RH - Analista Administrativo - Gestão Hospitalar

Com relação ao papel da gerência de enfermagem, julgue o item a seguir.

Para uma administração eficiente da assistência de enfermagem, o profissional responsável deve conhecer os problemas mais comuns do setor de trabalho, entre eles: as necessidades da clientela atendida, os conflitos da equipe de enfermagem e como gerenciá-los.

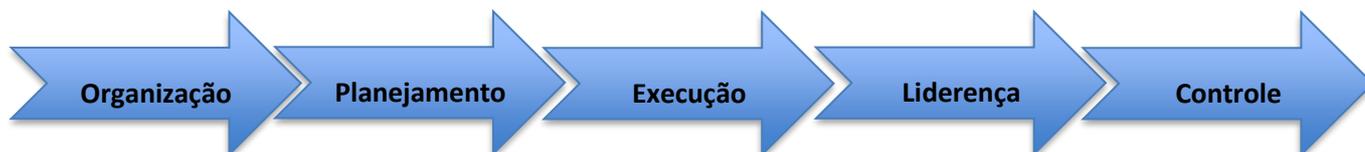
Resposta

Este é o ponto chave da administração / gestão em enfermagem.

Alternativa: Certa.

## GESTÃO EM ENFERMAGEM

Administração pode ser definida, dentre inúmeras classificações, como processo de tomada de decisões utilização de recursos para realização de objetivos, a partir de cinco processos principais: organização, planejamento, execução, liderança e controle.





(IDECAN/Prefeitura de Carangola-MG/ 2012).

Assinale a principal função administrativa.

- a) Método de administração
- b) Planejamento
- c) Organização
- d) Política
- e) Treinamento

Resposta

Segundo Maximiano (2004), administrar é agir, é o processo de tomar decisões e realizar ações que

compreende cinco processos principais: organização, planejamento, execução, liderança e controle.

Alternativa: B.

Passando rapidamente pelas teorias, temos que a Enfermagem como profissão se deu por Florence Nightingale e esta utilizava o CONCEITO DE DIVISÃO DE TAREFAS.

Na **TEORIA CIENTÍFICA** por Taylor há especialização e divisão do trabalho com o objetivo do aumento da produtividade. Acreditava-se que o homem trabalhava só por dinheiro, o hospital acompanhando esse modelo, mantinha a separação entre concepção e execução, o trabalho intelectual e o manual (médico x enfermagem).

Na prática, o funcionário seria um super especialista numa determinada tarefa, sem conhecimento e destreza do todo. A Teoria Científica foi a teoria administrativa que mais influenciou a Enfermagem em sua formação, uma vez que esta surgiu diante da criação de tarefas, uma vez que o Enfermeiro era o responsável pela delimitação de tarefas para determinadas pessoas.

Percebe-se a aplicação desta Teoria na Enfermagem, mediante a elaboração ou simples adoção de manuais de técnicas e procedimentos, escalas diárias de divisão de atividades/fase mecanicista da administração; assistência de enfermagem é fragmentada em atividades e etc.



### São críticas à Teoria Científica:

- Vê o homem somente no aspecto mecânico (aspecto mecanicista).
- Apesar do aspecto mecanicista, há a ênfase na especialização do operário como fator de produção. Trazendo para o aspecto da enfermagem, é o exemplo do enfermeiro que se torna especialista em curativo, em gasometria, em punção arterial etc., uma vez que realizada o mesmo procedimento diversas vezes.
- Ênfase na eficiência
- A Teoria Científica não considera as influências do grupo no desempenho individual, uma vez que esta está preocupada com a produção individual, não havendo influencia do grupo sobre esse processo.

(UFAL-COPEVE/Residência em Enfermagem – UFAL/ 2015)

A Administração é uma ciência relativamente nova, do início do século XX. Vários teóricos em administração surgiram desde então, dando nomes a várias teorias. A Teoria Científica da Administração foi proposta por:

- a) Frederick Taylor.
- b) Elton Mayo.
- c) Henry Fayol.
- d) Kurt Lewin.
- e) Max Weber.

Resposta

A Teoria Científica foi idealizada por Frederick Taylor

Alternativa: A.

Já a **TEORIA CLÁSSICA** por Fayol era o oposto da anterior, visto que definia o ato de administrar como prever, organizar, comandar e controlar, visando hierarquia e ainda tinha a divisão do trabalho como princípio e reconhece a harmonia e união da equipe como força para manter a empresa.

Defende que não adianta pensar em produção se não se fornece uma estrutura adequada de trabalho para o funcionário. Dentre os princípios defendidos por Fayol está o da EQUIDADE, que pressupõe a justiça e a benevolência.



Basicamente, são princípios da Teoria Clássica:

- Divisão do Trabalho;
- Autoridade e Responsabilidade;
- Disciplina;
- Unidade de Comando;
- Unidade de Direção;
- Subordinação dos Interesses Individuais aos Interesses Gerais;
- Remuneração do Pessoal;
- Centralização;
- Ordem;
- Equidade (Justiça/Direitos Iguais);
- Estabilidade dos Funcionários;
- Iniciativa;
- Espírito de Equipe.

Características

**Estabelece 6 funções Administrativas:**

- Técnica: Departamento que cuida da parte técnica de uma organização;
- Comercial: Área ou Diretoria Comercial, na qual há as negociações e a troca de informações, bens e serviços com outras organizações para que eu consiga manter o meu processo de sustentação de estrutura;
- Financeira: Realiza os pagamentos e cuida de tudo aquilo que precisa ser pago, seja como despesa ou receita, dessa organização;
- De Segurança: proporciona a segurança mínima para o funcionamento;
- Contábil: Cuida do balanço entre tudo o que entra e o que sai da organização, proporcionando equilíbrio a esta;
- Administrativa: Cuida dos aspectos diversos aos tratados pelas outras funções.

Dentre as críticas à Teoria Clássica estão:

- Estrutura Rígida e Hierarquizada (utilização de organogramas para representar a hierarquia)
- Estrutura Estática e Limitada (não muda por conta das funções abordadas)



- Preocupação exclusiva com a estrutura formal (estrutura de fato, local de trabalho etc.) da organização, não admitindo a existência da estrutura informal (tudo o relacionado a pessoas), que é constituída pelas pessoas e suas relações.

(2016/CESPE/TCE-PA).

Com relação às diferentes abordagens da administração e à evolução da administração pública no Brasil, julgue o item a seguir.

Dar tratamento com benevolência e justiça às pessoas, sem dispensar a energia e o rigor necessários,

é uma tendência difundida desde a escola clássica de Fayol.

Resposta

Lembre-se: dentre os princípios defendidos por Fayol está o da EQUIDADE, que pressupõe a justiça e a benevolência.

Alternativa: Certa.

(2016/FCM/IF Sudeste – MG).

Do ponto de vista da abordagem clássica da administração, os princípios descritos por Fayol não preconizavam rigidez, uma vez que na administração nada existe de rígido ou absoluto.

De acordo com o precursor dessa abordagem “tudo em Administração questão de medida ponderação e bom senso. Os princípios são universais e maleáveis e adaptam-se a qualquer tempo lugar ou circunstância” (CHIAVENATO 2008 p. 11).

Considerando a abordagem referenciada e os princípios gerais da administração, marque (V) para verdadeiro ou (F) para falso.

( ) iniciativa e espírito de equipe.

( ) divisão do trabalho e disciplina.

( ) autoridade, responsabilidade e equidade.

( ) unidades de comando e direção e cadeia escalar.

( ) subordinação e centralização de interesses individuais.

A sequência correta é:

a) V, V, V, V, F.

b) V, F, V, F, F.

c) V, V, V, F, V



d) F, F, F, V, F.

e) F, V, F, V, V.

Resposta

O único erro é a última assertiva. Dentre os princípios defendidos por Fayol está o da **CENTRALIZAÇÃO**, as atividades cruciais da organização e a autoridade para a sua adoção devem ser centralizadas. Observe o princípio e atente que ele não foca em interesses individuais e sim na organização.

Alternativa: A.

A **TEORIA DAS RELAÇÕES HUMANAS** de Elton Mayo é marcada por deixar a visão de que o homem trabalha só por dinheiro e enxerga outras motivações para o trabalho e acaba com o conceito de que a divisão e fragmentação do trabalho seja a forma mais eficiente, compreendendo as necessidades humanas e visando uma descentralização dos processos e valorizando a confiança nas pessoas. É nesta teoria que tem-se o conceito de **LIDERANÇA**.

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 (MASIERO, 2007). Portanto com esta escola descobriu-se o "homem social" da organização.

A **TEORIA BUROCRÁTICA**, por Max Weber, que estrutura a administração, traz racionalidade, normas e profissionalismo. Essa teoria é utilizada na administração hospitalar juntamente a Teoria das Relações Humanas, e a Teoria Estruturalista muito utilizada também para administração, que traz os três níveis organizacionais (institucional, gerencial e técnico) e temos ainda a Teoria de Contingência.

Max Weber identifica certas características da organização formal voltada exclusivamente para a racionalidade e para a eficiência. Em suas dimensões essenciais muitos dos aspectos do modelo



burocrático podem ser encontrados em Taylor e Fayol: a divisão do trabalho baseada na especialização funcional; hierarquia e autoridade definidas; sistema de regras e regulamentos que descrevem direitos e deveres dos ocupantes dos cargos; sistema de procedimentos e rotinas; impessoalidade nas relações interpessoais, promoção e seleção baseadas na competência técnica, dentre outros.

Nesta teoria, temos:

- Divisão do trabalho baseada na especialização funcional;
- Hierarquia e autoridade definidas;
- Sistema de regras e regulamentos que descrevem direitos e deveres dos ocupantes dos cargo;
- Sistema de procedimentos e rotinas;
- Impessoalidade nas relações interpessoais;
- Promoção e seleção baseadas na competência técnica.

#### Com relação à LIDERANÇA, temos:

Há muitas competências diferentes no campo da liderança, mas de um modo geral liderança é a capacidade de definir uma visão e orientar indivíduos e grupos em direção a essa visão, mantendo um trabalho de equipe que promova o grupo, o comprometimento e a eficácia. O trabalho em equipe abrange os aspectos produtivos da coesão do grupo e concentra-se na capacidade do líder de garantir que as relações entre os membros da equipe sejam colaborativas e produtivas.

- Teoria de Traços de Personalidade/características do líder: determina que o líder possui traços de personalidade específicos, que o diferencia das outras pessoas, traços físicos, sociais e intelectuais.
- Teoria Situacional da Liderança/comportamento do líder: determina que não existe um estilo ou característica única para liderança, diz que o líder é eficaz quando é capaz de se ajustar a determinadas situações, o líder discute com o grupo mas é ele que toma a decisão.
- Teoria sobre Estilos de Liderança (O MAIS COBRADO EM CONCURSOS E PROCESSOS SELETIVOS): acredita-se que algumas características pessoais colaborem com o ser líder, porém não são determinantes, o comportamento é apreendido. O líder deve promover uma boa relação com seus subordinados e fazer com que as metas e os prazos sejam atingidos. Essa teoria dita que existem 3 estilos de liderança: autocrático, democrático e liberal.

#### Lembrando que os estilos de liderança, são:

- Autocrático: Foco no líder apenas, as decisões não são tomadas em grupo, determina o modo de realizar as tarefas e o que precisa para tal;



- Democrático: Foco no líder e em seus subordinados. Decisões são tomadas pelo grupo junto ao líder, ambos decidem como serão realizadas as tarefas e todos os componentes do processo;
- Liberal: Foco apenas nos subordinados. O líder participa minimamente das decisões, o grupo tem total liberdade para tal.



## ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Nem sempre é cobrado nos concursos, mas não deixe passar este tópico. Saiba que, conforme a Organização Nacional de Acreditação (ONA), acreditação é o método de avaliação dos recursos institucionais, no qual o processo é pautado por três princípios fundamentais:

1. Voluntário: feito por escolha da organização de saúde.
2. Periódico: com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado.
3. Reservado: as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas.

O procedimento de acreditação está diretamente relacionado com a origem do termo “acreditar”, dar crédito, merecer confiança e credibilidade.

A ONA tem por objetivo promover o desenvolvimento do processo de acreditação, com ênfase na importância da qualidade na saúde e sua assistência aos clientes de instituições hospitalares. O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é o instrumento de avaliação da qualidade institucional, o qual é composto de seções e subseções.

A ONA desenvolveu uma metodologia a partir da revisão desses modelos de acreditação regionais e dos manuais da América Latina e de países como Estados Unidos, Canadá, Espanha e Inglaterra para que fosse utilizada nacionalmente.

De uma maneira geral, os sistemas de acreditação tendem a seguir uma linha comum de operações. A sequência geral do processo consiste nas seguintes fases:

1. Requerimento da organização interessada
2. Visita dos peritos



### 3. Decisão da organização acreditadora

**Os principais programas de acreditação são:**

ONA (Organização Nacional de Acreditação).

Joint Commission International.

NIAHO – Acreditação Nacional Integrada para Organizações de Saúde.

HIMSS – Healthcare Information and Management Systems Society.

Accreditation Canada.

### Regulamentos para todos os níveis de acreditação hospitalar

**Nível 1** - As imposições deste nível abrangem o atendimento aos quesitos básicos da qualidade na assistência praticada ao cliente, nas especialidades e serviços do hospital, qualificação adequada dos profissionais e responsável técnico com competência para as áreas de atuação institucional.

Princípios orientadores:

- Capacitação
- do corpo funcional.
- Preencher os requisitos essenciais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e sistemas médico-sanitários.
- Organização básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução adequada de suas funções.

**Nível 2** - Comprovações do programa de organização da assistência hospitalar, relativos à documentação, corpo funcional, treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de averiguação interna.

Preceitos orientadores:

- Presença de regras, condutas e estratégias documentadas e aplicadas.
- Indício da incorporação uma lógica de melhoria dos processos nas ações de assistência e nos sistemas médico sanitários.
- Indício do desempenho focado no cliente/paciente.

**Nível 3** – Destaque para políticas padronizadas de melhoria contínua em termos de organização, novas tecnologias, renovação técnico-profissional, ações assistenciais e sistemas médico-sanitários. Índícios objetivos de utilização da tecnologia da informação, propagação global e sistêmica de normas referenciadas e apreciadas com foco na busca da excelência.



Preceitos direcionadores:

- Confirmações de vários estágios de melhoria em todas as áreas, alcançando a instituição de modo global e sistêmico.
- Aplicação de um método de comunicação organizacional consistente, apoiado em taxas e indicadores, que possibilitem análises comprobatórias.
- Aplicação de sistemas de conferência do grau de satisfação dos clientes (internos e externos) e presença de um programa institucional da qualidade e produtividade instalado, com a comprovação de impacto sistêmico.



Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EBSERH

O processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação de serviços hospitalares. Para a sua execução são consideradas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem. Acerca desse assunto, julgue o item seguinte.

Para ser certificada, a instituição deve comprovar a existência de grupos de trabalho para a melhoria dos processos, integração institucional, análise crítica dos casos atendidos, melhoria da técnica, controle de problemas, minimização de riscos e de efeitos indesejáveis.

Resposta

Exato. Lembre-se que o processo de acreditação é pautado por três princípios fundamentais:

- é voluntário, feito por escolha da organização de saúde;
- é periódico, com avaliação das organizações de saúde para certificação e durante o período de validade do certificado;
- é reservado, ou seja, as informações coletadas em cada organização de saúde no processo de avaliação não são divulgadas.

Alternativa: A.

## GESTÃO DE MATERIAIS

A administração ou o gerenciamento de materiais nessas organizações compreende o processo gerencial para aquisição e disponibilização de produtos já manufaturados, essenciais para a produção de serviços de saúde. Materiais são produtos que podem ser armazenados, distribuídos e consumidos para a produção de serviços.

Gerenciamento de recursos materiais, administração de recursos materiais ou suprimentos constituem a totalidade dos fluxos de materiais de uma organização de saúde, compondo um processo com as seguintes atividades principais: programação, compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle.

Nos hospitais e unidades de saúde, os materiais têm diferentes *classificações*. A mais comum é a classificação por finalidade, como: medicamentos, materiais médico-hospitalares, escritório, informática, gêneros alimentícios e de higiene. Os materiais médico-hospitalares também podem ser denominados materiais de consumo ou assistenciais.

O setor responsável pelo gerenciamento dos recursos materiais nas instituições hospitalares está vinculado à área administrativa da estrutura organizacional e compreende os setores de Compras e de Almoxarifado, nos quais as atividades são desenvolvidas por profissionais que, geralmente, não são da área da saúde.

A estimativa do material a ser comprado depende do consumo mensal das unidades hospitalares, ou seja, da soma das “cotas” de todas as unidades, cujos valores são calculados com base na média aritmética do consumo, que pode ser estimada pela seguinte expressão:

$$CM = CMM + ES$$

CM: cota mensal; CMM: consumo médio mensal; ES: estoque de segurança.

Consumo médio mensal (CMM) é a média dos valores do material utilizado nos últimos meses divididos pelo número de meses. A cota mensal com base na média aritmética móvel é o método mais usado no meio hospitalar, pois torna possível prever o consumo para o período seguinte, conforme o consumo médio do período anterior. Esse período é arbitrário, mas recomenda-se que seja, no mínimo, de 3 meses ou mais, ou igual a 12 meses.

O estoque de segurança (ES), ou estoque mínimo, é a quantidade de cada item que deve ser mantida como reserva para garantir a continuidade do atendimento caso haja elevação brusca no consumo ou atraso no suprimento. A maneira mais simples e empírica de se calcular o ES é acrescentar à cota mensal 10 a 20% do CMM, somado ao consumo diário durante o tempo de reposição (CTR).

Devido ao custo de se manterem estoques elevados, além do consumo e do tempo de ressuprimento, pode-se considerar a classificação do material obtido pela aplicação da curva ABC. Esta foi desenvolvida por Pareto e adaptada à administração de materiais,



classificando-os em classes A, B e C e obedecendo a faixas predeterminadas, em que os itens classe A correspondem a 20% do total de itens; os de classe B, a 20 a 30%; e os de classe C, a 50%. Esses valores têm uma relação com o percentual de custos ou investimentos. Assim, os de classe A correspondem a quase 50% dos custos; os de classe B, a cerca de 20 a 30%; e os de classe C, a 20%. Os de classe A, embora em menor número, são os de maior custo ou investimento e, por isso, têm maior importância quanto à maneira de gerenciá-los.

O enfermeiro, por assumir o gerenciamento das unidades de atendimento e coordenar toda a atividade assistencial, tem papel preponderante no que diz respeito a: determinação do material necessário à consecução da assistência, tanto nos aspectos quantitativos como qualitativos; definição das especificações técnicas; análise da qualidade; participação do processo de compra; e estabelecimento de controle e avaliação.

A atuação do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais é uma conquista para as esferas de tomada de decisão, destacando-se seu importante papel na dimensão técnico-administrativa e financeira, inerente aos processos de cuidar e gerenciar, e não apenas na concepção de mais uma atividade burocrática que não agrega valor à profissão e ao cuidado.

Ano: 2018

Banca: UFLA

Órgão: UFLA

A participação da Equipe de Enfermagem no processo de gerenciamento de recursos materiais nos Serviços de Saúde se torna indispensável pelo fato de estabelecer critérios objetivos de indicação técnica do uso de materiais, determinar a quantidade e qualidade de materiais e estabelecer medidas de controle e avaliação.

A estimativa do material a ser comprado para uma Unidade de Internação pode ser estimada pela seguinte expressão:

$$CM = CMM + ES$$

Material	Unidades mensais consumidas		
	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
Cateter nasal	50	90	70

Legenda:

CM: cota mensal.

CMM: consumo médio mensal (média dos valores do material utilizado nos últimos meses dividido pelo número de meses).

ES: estoque de segurança (nesse caso, considerar 20% do CMM).



Com base no exposto acima, analise a cota mensal para a previsão de consumo do seguinte material:

A cota mensal de cateter nasal é:

- A 82
- B 86
- C 80
- D 84

Resposta

MÉDIA MENSAL = JULHO+AGOSTO+SETEMBRO

MÉDIA MENSAL = 50 + 90 + 70

MÉDIA MENSAL = 210/ 3(Meses)

Média mensal = 70

CM = CONSUMO MÉDIO MENSAL +20%

CM = 70 + 14

CM = 84

Alternativa: D.

## DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

É a etapa inicial do provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela.

Ano: 2016

Banca: IF-PE

Órgão: IF-PE

Nas últimas décadas a demanda de atendimentos da clientela, associada às necessidades de cuidados de enfermagem cada vez mais complexos, tem imposto à equipe de enfermagem uma sobrecarga de trabalho, influenciando na qualidade da assistência prestada. Portanto, o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN - publicou a Resolução 293/2004, que estabelece os parâmetros de dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços de saúde. Em se tratando de dimensionamento de pessoal, assinale a alternativa CORRETA.



A O dimensionamento de pessoal constitui-se a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, cuja finalidade é a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades da assistência de enfermagem.

B A temática “dimensionamento de pessoal de enfermagem” constitui-se, ao longo dos anos, foco de atenção dos enfermeiros e administradores dos serviços de saúde, uma vez que interfere diretamente, com a eficácia, na qualidade e impacta muito pouco nos custos da assistência à saúde.

C O dimensionamento de pessoal, por estar atualmente definido em Resolução fundamentado em parâmetros consistentes, constitui-se elemento de consenso entre profissionais de enfermagem e administradores de serviços de saúde, minimizando-se, assim, os conflitos no que tange à gestão de recursos humanos.

D O dimensionamento de pessoal é compreendido enquanto um processo sistemático que fundamenta o planejamento e avaliação do quantitativo e qualitativo do pessoal de enfermagem necessário para prover a assistência, tornando-se, portanto, desnecessária a avaliação da carga de trabalho.

E Para determinar a quantidade média de usuários/clientes assistidos, a Resolução 293/2004 estabelece, enquanto parâmetro, o Sistema de Classificação de Pacientes - SCP - por categorias ou grupos de cuidados, classificados em cuidados intensivos, cuidados semi-intensivos, alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos.

Resposta

A “a” é a definição deste conceito. Veja que, na B ele fala que impacta pouco nos custos, o que inverte, na C, o erro está em dizer que é de consenso, pois não é. Na D, o erro está em dizer que é desnecessária para a avaliação da carga de trabalho. Já na E, lembre-se que esta COFEN foi revogada.

Alternativa: A.

*Este assunto está contido na:*

## RESOLUÇÃO COFEN 543/2017

Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

[...]

Os referidos parâmetros representam normas técnicas mínimas, constituindo-se em referências para orientar os gestores, gerentes e enfermeiros dos serviços de saúde, no planejamento do quantitativo de profissionais necessários para execução das ações de enfermagem.



Ano: 2015

Banca: AOCP

Órgão: EBSERH

A resolução do COFEM nº 293/2004 afirma que a finalidade do dimensionamento é  
A a previsão de quantidade e qualidade de profissionais de enfermagem que atendam às necessidades de assistência aos pacientes.

B a previsão apenas da quantidade de profissionais de enfermagem para cada turno de diálise.

C não prever a qualificação dos profissionais de enfermagem para qualquer tipo de assistência.

D ser somente uma ferramenta administrativa, que não compete ao enfermeiro

E não ser, para o enfermeiro, uma ferramenta importante a ser seguida.

Resposta

Lembrando que a Resolução do enunciado foi revogada. Agora é a COFEN 543/17. Releia o Artigo 1 da norma. Trata da previsão da quantidade e qualidade de profissionais de enfermagem para o atendimento adequado dos pacientes.

Alternativa: A.

Art. 2º O **dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem** deve basear-se em características relativas:

*Ou seja, em que devo pensar ao elaborar uma escala ideal de enfermagem*

**I – ao serviço de saúde:** missão, visão, porte, política de pessoal, recursos materiais e financeiros; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; atribuições e competências, específicas e colaborativas, dos integrantes dos diferentes serviços e programas e requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

**I – ao serviço de enfermagem:** aspectos técnico-científicos e administrativos: dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos; modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal; padrões de desempenho dos profissionais; índice de segurança técnica (IST); proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e de nível médio e indicadores de qualidade gerencial e assistencial;

**III – ao paciente:** grau de dependência em relação a equipe de enfermagem (sistema de classificação de pacientes – SCP) e realidade sociocultural.





Ano: 2016

Banca: CESPE

Órgão: TCE-PA

Com relação ao dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde, julgue o item seguinte.

No dimensionamento de equipes de atendimento a pacientes internados, deve-se considerar, para cada período de 24 horas, a necessidade de 5,6 horas de enfermagem por paciente na assistência mínima ou autocuidado.

Resposta

Art. 4º – Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária.

Alternativa: Errada.

Ano: 2016

Banca: CESPE

Órgão: TCE-PA

Com relação ao dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde, julgue o item seguinte.

A clientela assistida, em consonância com o sistema de classificação de pacientes e a realidade sociocultural e econômica, é um parâmetro que deve ser avaliado no dimensionamento e na adequação quantitativa e qualitativa do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde.

Resposta

Todos esses parâmetros fazem parte dimensionamento adequado.

Alternativa: Certa.



**II – A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, deve observar:**

*Porcentagem de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem*

**a) O SCP e as seguintes proporções mínimas:**

- 1) Para cuidado mínimo e intermediário:** 33% são enfermeiros (mínimo de seis) e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;
- 2) Para cuidado de alta dependência:** 36% são enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;
- 3) Para cuidado semi-intensivo:** 42% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem;
- 4) Para cuidado intensivo:** 52% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

Ano: 2018

Banca: IADES

Órgão: SES-DF



De acordo com o sistema de classificação de pacientes (SCP), para cuidados de alta dependência, deve haver, além dos auxiliares e (ou) técnicos de enfermagem, a proporção mínima de

- A 25% de enfermeiros.
- B 33% de enfermeiros.
- C 36% de enfermeiros.
- D 42% de enfermeiros.
- E 52% de enfermeiros.

Resposta

Alta dependência demanda 36% de enfermeiros.

Alternativa: C.

Ano: 2015

Banca: FGV

Órgão: TJ-BA

A respeito do dimensionamento dos profissionais de Enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde, é correto afirmar que:

- A o quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um Índice de Segurança Técnica (IST) não inferior a 10% do total;
- B o cliente especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado como de assistência mínima;
- C na assistência intensiva a distribuição percentual de profissionais deve ser de 52 a 56% de enfermeiros; e os demais, técnicos de enfermagem;
- D o quadro de profissionais de enfermagem da unidade de internação composto por 60% ou mais de pessoas com idade superior a 50 anos, deve ter acréscimo de 5% ao IST;
- E para efeito de cálculo, devem ser consideradas 9,4 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intermediária e 5,6 horas de enfermagem na assistência mínima.

Resposta

Atualizando pela nova COFEN:

ANTES - 293/04 - 3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

HOJE - 543/17 - 4) Para cuidado intensivo: 52% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

Alternativa: C.



Ano: 2016

Banca: FUNRIO

Órgão: IF-PA

A Resolução COFEN nº 293/2004 fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e assemelhados. Para o dimensionamento e a adequação quanti-qualitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela. Para este último, uma das ferramentas utilizadas atualmente é o sistema de classificação de pacientes (SCP), lançada mão para o cálculo em unidades especializadas. Com base nisso, a distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP para assistência mínima e intermediária:

A 10 a 19% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem.

B 20 a 26% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem.

C 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem.

D 42 a 46% são Enfermeiros e os demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

E 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

Resposta

Esta questão precisa ser atualizada conforme abaixo, mas use para treinar mais e mais.

#### COFEN REVOGADA

Art. 5º – A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deve observar as seguintes proporções e o SCP:

1 – Para assistência mínima e intermediária: de 33 a 37% são Enfermeiros (mínimo de 6) e os demais, Auxiliares e/ ou Técnicos de Enfermagem;

2 – Para assistência semi-intensiva: de 42 a 46% são Enfermeiros e os

#### COFEN 543/17

II – A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, deve observar:

a) O SCP e as seguintes proporções mínimas:

1) Para cuidado mínimo e intermediário: 33% são enfermeiros (mínimo de seis) e os demais auxiliares e/ou técnicos de enfermagem;

2) Para cuidado de alta dependência: 36% são enfermeiros e



demais, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem;  
3 – Para assistência intensiva: de 52 a 56% são Enfermeiros e os demais, Técnicos de Enfermagem.

os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;  
3) Para cuidado semi-intensivo: 42% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem;  
4) Para cuidado intensivo: 52% são enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem.

Alterativa: C.

*Aqui o cálculo é a relação entre profissional e paciente*

### III – Para efeito de cálculo devem ser consideradas: o SCP e a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho

- 1) cuidado mínimo: 1 profissional de enfermagem para 6 pacientes;
- 2) cuidado intermediário: 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes;
- 3) cuidado de alta dependência: 1 profissional de enfermagem para 2,4;
- 4) cuidado semi-intensivo: 1 profissional de enfermagem para 2,4;
- 5) cuidado intensivo: 1 profissional de enfermagem para 1,33.

§ 1º A distribuição de profissionais por categoria referido no inciso II, deverá seguir o grupo de pacientes que apresentar a maior carga de trabalho.

§ 2º Cabe ao enfermeiro o registro diário da classificação dos pacientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades de internação.

§ 3º Para alojamento conjunto, o binômio mãe/filho deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário

§ 4º Para berçário e unidade de internação em pediatria todo recém-nascido e criança menor de 6 anos deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário, independente da presença do acompanhante.

Ano: 2014  
Banca: FCC



Órgão: TJ-AP

Ao enfermeiro compete estabelecer o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem, com a utilização de parâmetros específicos que possibilitem os ajustes necessários para garantir a segurança e a qualidade da assistência ao cliente/paciente. Dentre os parâmetros estabelecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem, consta que

A o cuidador de idoso deve representar, no máximo, 5% do quantitativo de enfermagem, por executar atividades elementares de enfermagem não ligadas à assistência direta ao paciente, conforme disposto na Resolução COFEN no 186/1995.

B para o cliente crônico com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, e classificado pelo Sistema de Classificação do Paciente com demanda de assistência intermediária ou semi-intensiva, deverá ser acrescido 10% ao número total de profissionais estabelecido no Índice de Segurança Técnica Geral.

C o RT deve dispor de 5 a 10% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação em comissões e grupos de trabalho.

D para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de 6 anos e o recém-nascido devem ser classificados com necessidades de cuidados intermediários.

E o quadro de profissionais de enfermagem da unidade de internação composto por 80% ou mais de pessoas com idade superior a 50 anos, deve ser acrescido de, no mínimo, 0,5 às horas de enfermagem, por cliente, na assistência intermediária e semi-intensiva.

Resposta

Considerando a atualização da COFEN, temos uma alteração pequena na alternativa que a banca considerou correta “c”. Visto que consta assim: § 4º Para berçário e unidade de internação em pediatria todo recém-nascido e criança menor de 6 anos deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário, **independente da presença do acompanhante.**

Alternativa: C.

§ 5º Os pacientes de categoria de cuidados intensivos deverão ser internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com infraestrutura e recursos tecnológicos e humanos adequados.

§ 6º Os pacientes classificados como de cuidado semi-intensivo deverão ser internados em unidades que disponham de recursos humanos e tecnologias adequadas.

Ano: 2018



Banca: UFU-MG

Órgão: UFU-MG

Os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais, em que são realizadas atividades de enfermagem, são estabelecidos pela Resolução COFEN 543/2017.

Assinale a alternativa que indica corretamente a proporção mínima de profissional/paciente para assistência de enfermagem segundo essa resolução.

A Alojamento conjunto: um profissional de enfermagem para cada 4 binômios mãe e filho.

B Unidade de Terapia Intensiva: um profissional de enfermagem para cada 2,4 paciente.

C Centro de Atenção Psicossocial I: um profissional de enfermagem para cada 6 pacientes.

D Unidade de Hemodiálise Convencional: um profissional de enfermagem para cada 3 pacientes.

Resposta

a) Correta.

III – Para efeito de cálculo devem ser consideradas: o SCP e a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho respeitando os percentuais descritos na letra “a” do item II:

2) cuidado intermediário: 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes;

§ 3º Para alojamento conjunto, o binômio mãe/filho deve ser classificado, no mínimo, como cuidado intermediário.

b) Errada.

III – Para efeito de cálculo devem ser consideradas: o SCP e a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho respeitando os percentuais descritos na letra “a” do item II:

5) cuidado intensivo: 1 profissional de enfermagem para 1,33.

c) Errada.

Art. 4º Para assistir pacientes de saúde mental, considerar(4):

b) Como proporção profissional/paciente, nos diferentes turnos de trabalho, respeitando os percentuais descritos na letra “a” do item II:

1) CAPS I – 1 profissional para cada 16 pacientes;

d) Errada.

Art. 8º Nas Unidades de Hemodiálise convencional, considerando os estudos de Lima(9), o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, por turno, de acordo com os tempos médios do preparo do material, instalação e desinstalação do



procedimento, monitorização da sessão, desinfecção interna e limpeza das máquinas e mobiliários, recepção e saída do paciente, deverá observar:

2) 1 profissional para 2 pacientes;

Alternativa: A.

**Art. 4º Para assistir pacientes de saúde mental, considerar:**

**a) Como horas de enfermagem:**

- 1) CAPS I – 0,5 horas por paciente (8 horas/dia);
- 2) CAPS II (CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 1,2 horas por paciente (8 horas/dia);
- 3) CAPS Infantil e Adolescente – 1,0 hora por paciente (8 horas/dia);
- 4) CAPS III (Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 10 horas por paciente, ou utilizar SCP, (24 horas);
- 5) UTI Psiquiátrica – aplicar o mesmo método da UTI convencional – 18 horas por paciente, ou utilizar SCP (24 horas);
- 6) Observação de paciente em Pronto Socorro Psiquiátrico e Enfermaria Psiquiátrica – 10 horas por paciente, ou utilizar SCP (24 horas);
- 7) Lar Abrigado/Serviço de Residência Terapêutica – deve ser acompanhado pelos CAPS ou ambulatórios especializados em saúde mental, ou ainda, equipe de saúde da família (com apoio matricial em saúde mental).

**b) Como proporção profissional/paciente, nos diferentes turnos de trabalho, respeitando os percentuais descritos na letra “a” do item II:**

- 1) CAPS I – 1 profissional para cada 16 pacientes;
- 2) CAPS II 9 (Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 1 profissional para cada 6,6;
- 3) CAPS Infantil e Adolescente – 1 profissional para cada 8 pacientes;
- 4) CAPS III (Adulto e CAPS Álcool e Drogas) -1 profissional para cada 2,4;
- 5) UTI Psiquiátrica – 1 profissional para cada 1,33 pacientes;
- 6) Observação de paciente em Pronto Socorro Psiquiátrico e Enfermaria Psiquiátrica – 1 profissional para cada 2,4.



**c) A distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem deve observar as seguintes proporções mínimas(4):**

- 1) CAPS I – 50% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;
- 2) CAPS II (Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 50% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;
- 3) CAPS Infantil e Adolescente – 50% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem;
- 4) CAPS III (Adulto e CAPS Álcool e Drogas) – 50% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem, ou percentual relativo a maior carga de trabalho obtida do SCP;
- 5) UTI Psiquiátrica – 52% de enfermeiros e os demais técnicos de enfermagem, ou percentual relativo a maior carga de trabalho obtida do SCP;
- 6) Observação de pacientes em Pronto Socorro Psiquiátrico e Enfermaria Psiquiátrica – 42% de enfermeiros e os demais técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, ou percentual relativo a maior carga de trabalho obtida do SCP.

Art. 5º Para Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), as horas de assistência de enfermagem por paciente em cada setor, deverá considerar o tempo médio da assistência identificado no estudo de Cruz(5):

(\* ) Nos setores de Mamografia e Rx Convencional a participação do enfermeiro se faz indispensável em situações pontuais de supervisão da assistência de enfermagem, urgência e emergência.

Art. 6º O referencial mínimo para o quadro dos profissionais de enfermagem em Centro Cirúrgico (CC) considera a Classificação da Cirurgia, as horas de assistência segundo o porte cirúrgico, o tempo de limpeza das salas e o tempo de espera das cirurgias, conforme indicado no estudo de Possari(6,7). Para efeito de cálculo devem ser considerados:

I – Como horas de enfermagem, por cirurgia no período eletivo:

- 1) 1,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 1;
- 2) 2,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 2;
- 3) 4,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 3;



4) 8,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 4.

II – Para cirurgias de urgência/emergência, e outras demandas do bloco cirúrgico (transporte do paciente, arsenal/farmácia, RPA entre outros), utilizar o Espelho Semanal Padrão.

III – Como tempo de limpeza, por cirurgia:

- 1) Cirurgias eletivas – 0,5 horas;
- 2) Cirurgias de urgência e emergência – 0,6 horas.

IV – Como tempo de espera, por cirurgia: 1) 0,2 horas por cirurgia.

V – Como proporção profissional/categoria, nas 24 horas:

- a) Relação de 1 enfermeiro para cada três salas cirúrgicas (eletivas);
- b) Enfermeiro exclusivo nas salas de cirurgias eletivas e de urgência/emergência de acordo com o grau de complexidade e porte cirúrgico;
- c) Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para cada sala como circulante (de acordo com o porte cirúrgico);
- d) Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para a instrumentação (de acordo com o porte cirúrgico).

Art. 7º A Carga de trabalho dos profissionais de enfermagem para a unidade Central de Materiais e Esterilização (CME), deve fundamentar-se na produção da unidade, multiplicada pelo tempo padrão das atividades realizadas, nas diferentes áreas, conforme indicado no estudo de Costa:

- 1) A tabela acima se refere aos procedimentos executados pelo técnico/auxiliar de enfermagem, portanto, o quantitativo total refere-se a estes profissionais.
- 2) Para o cálculo do quantitativo de enfermeiros utiliza-se o espelho semanal padrão, adequando-se à necessidade do serviço, respeitando-se o mínimo de um enfermeiro em todos os turnos de funcionamento do setor, além do enfermeiro responsável pela unidade.



Art. 8º **Nas Unidades de Hemodiálise convencional**, considerando os estudos de Lima(9), o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, por turno, de acordo com os tempos médios do preparo do material, instalação e desinstalação do procedimento, monitorização da sessão, desinfecção interna e limpeza das máquinas e mobiliários, recepção e saída do paciente, deverá observar:

- 1) 4 horas de cuidado de enfermagem/paciente/turno;
- 2) 1 profissional para 2 pacientes;
- 3) Como proporção mínima de profissional/paciente/turno, 33% dos profissionais devem ser enfermeiros e 67% técnicos de enfermagem;
- 4) O quantitativo de profissionais de enfermagem para as intervenções de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua – CAPD, deverão ser calculadas com aplicação do Espelho Semanal Padrão.

Art. 9º Para a Atenção Básica, considerar o modelo, intervenções e parâmetros do estudo de Bonfim. Conforme os dados de produção de cada unidade ou do município, ou ser extraídos no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Art. 10 Ao quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido o índice de segurança técnica (IST) de no mínimo 15% do total, dos quais 8,3% são referentes a férias e 6,7% a ausências não previstas.

Art. 11 Para o serviço em que a referência não pode ser associada ao leito-dia, a unidade de medida será o sítio funcional (SF), devendo ser considerado as variáveis: intervenção/atividade desenvolvida com demanda ou fluxo de atendimento, área operacional ou local da atividade e jornada diária de trabalho.

Art. 12 Para efeito de cálculo deverá ser observada a cláusula contratual quanto à carga horária semanal (CHS).

Art. 13 O responsável técnico de enfermagem deve dispor de no mínimo 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem da instituição para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação em programas de educação permanente.



Parágrafo único – O quantitativo de enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educacionais, pesquisa e comissões permanentes, deverá ser dimensionado, à parte, de acordo com a estrutura do serviço de saúde.

Art. 14 O quadro de profissionais de enfermagem de unidades assistenciais, composto por 50% ou mais de pessoas com idade superior a 50 (cinquenta) anos ou 20% ou mais de profissionais com limitação/restrição para o exercício das atividades, deve ser acrescido 10% ao quadro de profissionais do setor.

## PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO, ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

**Para tal, veremos a RDC 50.**

Vamos começar com uma questão:

Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EBSERH

Julgue o item que se segue, a respeito da estrutura física hospitalar.

Planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde são atividades regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Resposta

Esse assunto é regulamentada pela Vigilância Sanitária, não pela ANS.

Alternativa: Errada.

## RESOLUÇÃO-RDC Nº 50, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2002

Art. 1º Aprovar o **Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde:**



Este assunto cai muito pouco. O conteúdo integral é pura engenharia. Das poucas questões que se repetem, daremos importância à seguinte tabela:

### Atendimento Ambulatorial

UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO	
	QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO (min.)
<b>Ações Básicas de Saúde</b>		
Sala de atendimento individualizado	1	9,0 m <sup>2</sup>
Sala de demonstração e educação em saúde	1	1,0 m <sup>2</sup> por ouvinte
Sala de imunização	1	6,0 m <sup>2</sup>
Sala de armazenagem e distribuição de alimentos de programas especiais		1,0 m <sup>2</sup> por tonelada para empilhamentos com h.= 2,0 m e com aproveitamento de 70% da m <sup>2</sup> do ambiente
Sala de relatório		1,0 m <sup>2</sup> por funcionário
<b>Enfermagem</b>		
Sala de preparo de paciente (consulta de enferm., triagem, biometria)		6,0 m <sup>2</sup>
Sala de serviços		8,0 m <sup>2</sup>
Sala de curativos / suturas e coleta de material (exceto ginecológico)		9,0 m <sup>2</sup>
Sala de reidratação (oral e intravenosa)		6,0 m <sup>2</sup> por paciente
Sala de inalação individual	1, obrigatório em unidades p/ tratamento de AIDS	3,2 m <sup>2</sup>
Sala de inalação coletiva		1,6 m <sup>2</sup> por paciente
Sala de aplicação de medicamentos		5,5 m <sup>2</sup>
<b>Consultórios<sup>1</sup></b>		
Consultório indiferenciado	NC=(A.B):(C.D.E.F.) *	7,5 m <sup>2</sup> com dim. mínima=2,2 m
Consultório de serviço social – consulta de grupo		6,0 m <sup>2</sup> e 0,8 m <sup>2</sup> p/ paciente
Consultório de ortopedia		7,5 m <sup>2</sup> ou 6,0 m <sup>2</sup> (área de exames comum a outros consultórios com área mínima de 7,0 m <sup>2</sup> ). Dim. mínima de ambos=2,2 m
Consultório diferenciado ( oftalmo, otorrino, etc.)		A depender do equipamento utilizado. Distância mínima entre cadeiras odontológicas individuais numa mesma sala = 1 m
Consultório odontológico coletivo		9,0 m <sup>2</sup>
Consultório odontológico		
<b>Internação de Curta Duração<sup>2</sup></b>		
Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de curta duração	6,0 m <sup>2</sup>
Área de prescrição médica		2,0 m <sup>2</sup>
Quarto individual de curta duração	1	10,0m <sup>2</sup> = quarto de 1 leito 7,0m <sup>2</sup> por leito = quarto de 2 leitos 6,0m <sup>2</sup> por leito = quarto de 3 a 6 leitos N.º máximo de leitos por quarto = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes: cabeceira – inexistente; pé do leito = 1,2m; lateral = 0,5m Na pediatria e na geriatria devem ser previstos espaços para cadeira de acompanhante ao lado do leito
Quarto coletivo de curta duração		

### Atendimento imediato



UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO	
	QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)
<b>Atendimentos de Urgência e Emergência</b>		
<i>Urgências (baixa e média complexidade)</i>		
Área externa para desembarque de ambulâncias	1	21,00 m <sup>2</sup> de área coberta
Sala de triagem médica e/ou de enfermagem	1	8,0 m <sup>2</sup>
Sala de serviço social	1	6,0 m <sup>2</sup>
Sala de higienização		8,0 m <sup>2</sup>
Sala de suturas / curativos	1	9,0 m <sup>2</sup>
Sala de reidratação		6,0 m <sup>2</sup> por leito
Sala de inalação	1	1,6 m <sup>2</sup> por paciente
Sala de aplicação de medicamentos		5,0 m <sup>2</sup>
Sala de gesso e redução de fraturas	1	10,0 m <sup>2</sup> quando houver boxes individuais = 4,0 m <sup>2</sup> por box
Sala para exame indiferenciado	1. Cálculo do nº de salas: NAU= PG . CHA . A <sup>1</sup>	7,5 m <sup>2</sup>
Sala para exame diferenciado (oftalmo, otorrino, etc)		A depender do equipamento utilizado
Sala de observação	1 quando não existir a unidade de emergência	8,5 m <sup>2</sup> por leito
Posto de enfermagem e serviços		6,0 m <sup>2</sup>

UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO	
	QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)
<b>Atendimentos de Urgência e Emergência (cont.)</b>		
<i>Urgências (alta complexidade) e Emergências</i>		
Posto de enfermagem / prescrição médica	1 para cada 12 leitos de observação	6,0 m <sup>2</sup>
Sala de serviços	1	5,7 m <sup>2</sup>
Sala de isolamento		8,0 m <sup>2</sup>
Sala coletiva de observação de pediatria	1 de pediatria, 2 de adulto (mas e fem). O nº de leitos é calculado sobre a estimativa do total de atendimento de emergência e urgência. A sala de pediatria é opcional quando o nº de leitos total de obs. for £ a 6.	8,5 m <sup>2</sup> por leito
Salas coletivas de observação de adulto – masculina e feminina <sup>1</sup>		8,5 m <sup>2</sup> por leito
Sala de procedimentos especiais ( invasivos )		15,0 m <sup>2</sup>
Área de escovação	2 torneiras por sala invasivos	1,10 m <sup>2</sup> por torneira
Sala de emergências (politraumatismo, parada cardíaca, etc)	1	12 m <sup>2</sup> por leito (2 leitos no min.), com distância de 1 m entre estes e paredes, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m. Pé-direito mínimo = 2,7 m

## Internação



UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO	
	QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)
<b>Internação geral (lactente, criança, adolescente e adulto) <sup>1</sup></b>		
Posto de enfermagem / prescrição médica	1 posto a cada 30 leitos	6,0 m <sup>2</sup>
Sala de serviço	1 sala p/ cada posto de enfermagem	5,7 m <sup>2</sup>
Sala de exames e curativos	1 a cada 30 leitos ( quando existir enfermaria que não tenha sub-divisão física dos leitos )	7,5 m <sup>2</sup>
Área para prescrição médica		2,0 m <sup>2</sup>
Área de cuidados e higienização de lactente	1 a cada 12 berços ou fração	4,0 m <sup>2</sup>
Enfermaria de lactente	15 % dos leitos do estabelecimento.	4,5m <sup>2</sup> por leito = lactente
Quarto de criança	Deve haver no mínimo 1 quarto que possa servir para isolamento a cada 30 leitos ou fração	9,0m <sup>2</sup> = quarto de 1 leito 5,0m <sup>2</sup> por leito = criança
Enfermaria de criança		Nº máximo de crianças até 2 anos por enfermaria = 12
Quarto de adolescente		10,0m <sup>2</sup> = quarto de 1 leito, ou 14,0m <sup>2</sup> com dimensão mínima de 3,0m no caso do uso para "PPP" 7,0m <sup>2</sup> por leito = quarto de 2 leitos
Enfermaria de adolescente		6,0m <sup>2</sup> por leito = enfermaria de 3 a 6 leitos
Quarto de adulto	A cada 30 leitos ou fração deve existir no mínimo 1 quarto para situações que requeram isolamento	Nº máximo de leitos por enfermaria = 6 Distância entre leitos paralelos = 1m Distância entre leito e paredes:
Enfermaria de adulto		cabeceira = inexistente; pé do leito = 1,2 m; lateral = 0,5m Para alojamento conjunto, o berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.
Área de recreação / lazer / refeitório	1 para cada unidade de pediatria, psiquiatria e crônicos	1,2 m <sup>2</sup> por paciente em condições de exercer atividades recreativas / lazer
Área ou antecâmara de acesso ao quarto de isolamento		1,8 m <sup>2</sup>
Sala de aula		0,8m <sup>2</sup> por aluno
<b>Internação de recém-nascido (neonatologia)</b>		
Posto de enfermagem / prescrição médica	A unidade completa é obrigatória a partir da existência de 12 berços de RN de c. intermediários/sadios ou 5 berços de RN de cuidados intensivos <sup>1</sup>	
Posto de enfermagem / prescrição médica	1 a cada 15 berços de cuidados intermediários ou sadios e 1 para cada berçário de cuidados intensivos	4,5 m <sup>2</sup>
Área para prescrição médica		2,0 m <sup>2</sup>
Área de serviços de enfermagem	1 Área de serviços por posto de enfermagem	6,0 m <sup>2</sup>
Área de cuidados e higienização <sup>2</sup>	1 a cada 15 berços ou fração	4,0 m <sup>2</sup>
Berçário de sadios		2,2 m <sup>2</sup> por berço (R.N. sadio) e 4,5 m <sup>2</sup> (outros), mantendo uma distância mínima de 0,6 m (sadios) e 1 m (outros) entre berços e entre estes e paredes, exceto entre cabeceira do berço e parede.
Berçário de cuidados intermediários	1. Devem existir 4 berços a cada 80 RN/ano de baixo peso (-2500 g)	Para alojamento conjunto <sup>3</sup> , o berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço.
Berçário de cuidados intensivos – UTI neonatal <sup>4</sup>	Mínimo de 5 leitos, sendo 1 berços a cada 80 RN/ano de baixo peso (-2500 g). É obrigatório em todo em EAS que atendam gravidez/parto de alto risco	6,5 m <sup>2</sup> por berço. Distância entre paredes e berço = 1 m, exceto cabeceira Distância entre berços = 2 m

Ano: 2017

Banca: CS-UFG

Órgão: UFG

Na Internação Geral dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, o posto de enfermagem/prescrição médica deve prever, no mínimo:

A 1 posto a cada 20 leitos, com área de 5,0 m<sup>2</sup>.

B 1 posto a cada 30 leitos, com área de 6,0 m<sup>2</sup>.



C 1 posto a cada 20 leitos, com área de 7,0 m<sup>2</sup>.

D 1 posto a cada 30 leitos, com área de 8,0 m<sup>2</sup>.

Resposta

Segundo a RDC 50, Posto de enfermagem e serviços deve ter área mínima de 6,0 m<sup>2</sup>.

Alternativa: B.

Ano: 2017

Banca: CS-UFG

Órgão: UFG

Em casos de atendimento de urgência nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, a RDC n° 50/2002 define para Salas de Aplicação de Medicamentos e Salas de Gesso e Redução de Fraturas, as dimensões mínimas, respectivas, de:

A 4,0 m<sup>2</sup> e 9,0 m<sup>2</sup>.

B 4,0 m<sup>2</sup> e 10,0 m<sup>2</sup>.

C 5,0 m<sup>2</sup> e 9,0 m<sup>2</sup>.

D 5,0 m<sup>2</sup> e 10,0 m<sup>2</sup>.

Resposta

Conforme tabela acima, temos que as metragens são 5 e 10m<sup>2</sup> respectivamente.

Alterantiva: D.

## ATENÇÃO INTEGRAL E TRABALHO EM EQUIPE

Para definir o trabalho em equipe no atendimento de saúde, é apropriado definir um termo que se refira a equipes capazes de proporcionar atendimento conjunto de saúde e tomar decisões em organizações de saúde, neste caso, o termo adotado será equipes de trabalho. Pode ser ilustrado como um subgrupo do termo “Grupos de trabalho”, como a seguir:





### São características definidoras de uma equipe de trabalho:

- Meta da equipe compartilhada
- Responsabilidade compartilhada para alcançar o objetivo
- Quadro de pessoal definido
- Autoridade de ação para alcançar o objetivo
- Interdependência dos membros
- Ausência de subgrupos independentes
- Prestação de contas à organização

A intenção da classificação de **equipes** é tornar claras as suas **características**, pontos fortes, vulnerabilidades e necessidades em cada categoria. Esse esclarecimento permite aos membros atuar em prol do desempenho do grupo e fornece aos líderes informações mais detalhadas para que possam dirigir equipes de tipos diferentes.

**Nas equipes, o poder é distribuído entre os seus membros e as decisões são tomadas de forma coletiva. É uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes.**

Dentre os **riscos** da formação de equipes, o mais frequente é chamado de **ociosidade social**. Em primeiro lugar, porque as equipes comumente têm mais de uma pessoa apta a desempenhar uma dada tarefa, de modo que enquanto um membro da equipe trabalha, os outros são tentados a assistir. Por essa razão, as equipes podem ter um efeito desmotivador sobre os integrantes.

O problema é chamado também de falta de comprometimento. O risco de ociosidade social é mais alto com equipes maiores, já que a responsabilidade fica amplamente difusa quando há mais pessoas que podem fazer o trabalho.

Além disso, a tomada de decisões e as ações podem ser mais desarticuladas com indivíduos trabalhando em equipe do que isoladamente. Uma causa comum deste problema é a dominação pela hierarquia ou personalidade.

A despeito de serem fontes de inovação, as equipes podem ser menos criativas do que indivíduos trabalhando de modo isolado.

Mas, obviamente, a formação de equipe traz inúmeros benefícios, por isso, vamos relacioná-los abaixo com os devidos riscos associados:

Benefícios	Riscos
Desempenham tarefas mais rapidamente do que os indivíduos isoladamente	Ociosidade social (=falta de comprometimento)
Possibilitam a aprendizagem de indivíduos e organizações	Degradação da tomada de decisões por hierarquia ou personalidade, por exemplo.
Possibilitam às organizações a retenção de lições aprendidas, apesar da rotatividade de indivíduos	Diminuição da criatividade, se a equipe não for bem administrada.

Para ocorrer o trabalho em equipe, as pessoas envolvidas precisam ter conhecimento, valores e habilidades que são relevantes para o trabalho eficiente em equipes. **Esse conjunto todo, chamamos de competências.**

A definição de competências serve para formular objetivos de programas de treinamento e dar a base para avaliar se estudantes e para profissionais possuem o exigido para o exercício pleno de suas profissões.

As competências do trabalho em equipe são aptidões, conhecimento e valores; é delas que os profissionais necessitam para trabalhar de maneira eficiente, sejam eles farmacêuticos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos ou outros profissionais.

Basicamente a classificação das equipes se baseia no tipo de comunicação entre os agentes do trabalho, as diferenças técnicas e desigual valoração social dos trabalhos especializados, na formulação de um projeto assistencial comum, na especificidade de cada área profissional, na flexibilidade da divisão do trabalho, autonomia técnica e etc.

**Acreditem, temos bilhões de classificações diferentes de equipes, por isso trouxe o que mais cai nas provas. Os dois principais autores são:**



### (CHIAVENATO)

- \* **Equipes funcionais cruzadas:** são compostas de pessoas vindas de diversas áreas da empresas (marketing, produção, finanças, engenharia) e são formadas para alcançar um objetivo específico por meio de um mix de competências.
- \* **Equipes de projetos:** são formadas especialmente para desenhar um novo produto ou serviço.
- \* **Equipes autogeridas:** são compostas de pessoas altamente treinadas para desempenhar um conjunto de tarefas interdependentes dentro de uma unidade natural de trabalho.
- \* **Equipes de força-tarefa:** a força-tarefa é designada para resolver imediatamente um problema. O grupo fica responsável por um plano de longo prazo para a resolução do problema que pode incluir a implementação da solução proposta.
- \* **Equipes de melhoria de processos:** com pessoas de diferentes departamentos ou funções encarregadas de melhorar a qualidade, reduzir custos, incrementar a produtividade em processos que afetam todos os departamentos ou funções envolvidas. Os membros são designados pelo nível superior.

### (KURCGANT) (CIAMPONE e PEDUZZI)

- \* **Equipe integração:** quando já interesse na articulação das ações e interação entre os profissionais;
- \* **Equipe agrupamento:** quando as ações se justapõem e há o mero agrupamento de agentes.

### KATZENBACH E SMITH

Diferencia grupo e equipe, da seguinte forma:

GRUPO	EQUIPE
Há um líder explícito	Papéis de liderança compartilhados



A responsabilidade é do líder	Comprometimento mútuo.
A responsabilidade é de apenas alguns dos membros do grupo	Responsabilidades compartilhadas
Há grupos de especialistas	Multiplicidade de funções
As reuniões são racionais e chegam logo a conclusões	Encorajamento da aparição de divergências de opiniões
A decisão final é do líder	A decisão final é do grupo

Mesmos autores classificam grupos de acordo com seu modo de funcionamento e maturidade em uma das cinco posições abaixo:

**a) “Pseudo-equipe”:** este tipo de grupo pode definir um trabalho a se fazer, mas não se preocupa com o desempenho coletivo, nem tenta consegui-lo. As interações dos membros inibem o desempenho individual, sem produzir nenhum ganho coletivo apreciável;

**b) “Grupo de trabalho”:** os membros desse grupo não veem nenhuma razão para se transformarem numa equipe. Podem partilhar informações entre si, porém responsabilidades, objetivos, por exemplo, pertencem a cada indivíduo;

**c) “Equipe potencial”:** este grupo quer produzir um trabalho conjunto. No entanto, os membros precisam de esclarecimentos e orientações sobre sua finalidade e objetivos;

**d) “Equipe real”:** uma equipe real compõe-se de poucas pessoas, mas com habilidades complementares e comprometidas umas com as outras através de missão e objetivos comuns. Os membros passam a confiar uns nos outros;

**e) “Equipe de alta performance”:** este grupo atende a todas as condições de equipe real e tem um comprometimento profundo entre seus membros com o intuito de crescimento pessoal de cada um.

### Vamos a outras possíveis classificações

**1. EQUIPES CLÍNICAS:** são as que prestam atendimento clínico. Para ser mais preciso, são aquelas que interagem diretamente com pacientes e familiares.

Uma equipe clínicas pode incluir pessoas que não são clínicas, por exemplo, os coordenadores de unidades de saúde, que são fundamentais para o funcionamento de todas as alas hospitalares. Inversamente- te, a presença de um médico em uma equipe de saúde não a torna uma equipe clínicas. A equipe de liderança executiva de um amplo sistema de saúde inclui pelo menos um



enfermeiro e um médico, mas essas equipes não oferecem atendimento de saúde diretamente e, portanto, não são equipes clínicas.

### Equipes clínicas se dividem em:

**Equipe real:** possuem estabilidade do quadro de pessoal ao longo do tempo e frequentemente conquistam a responsabilidade recíproca para o bom desempenho das suas funções.

A medida que a confiança se desenvolve entre os membros da equipe, eles tornam-se mais interdependentes e mais seguros em relação ao trabalho do colega, necessitando cada vez menos checar a qualidade do trabalho ou consultar uma segunda opinião.

### Dentre seus pontos fortes, temos:

- ✓ Potencial de comprometimento sólido para compartilhar propósitos
- ✓ Conhecimento mútuo de seus membros
- ✓ Potencial de alto nível de confiança
- ✓ Probabilidade de responsabilidade mútua mais alta do que equipes de outros tipos
- ✓ Potencial de forte identificação dos membros com a equipe
- ✓ Potencial de alto nível de interdependência
- ✓ Oportunidade de ajustar funções aos interesses e habilidades individuais
- ✓ Potencial de taxas de erros menor do que equipes de outros tipos.

Em contrapartida, equipes reais podem tornar-se vulneráveis por vários motivos, tais como:

- ✓ Liderança insatisfatória
- ✓ Falta de suporte aos membros na tomada de decisões
- ✓ Solução inadequada para os conflitos de relacionamento

**Equipe template:** proporcionam episódios de atendimento de saúde por tempo limitado, tais como os episódios de atendimento de emergência. Em comparação com equipes reais, as template não tem um quadro estável de profissionais.

A cada momento, uma equipe template é chamada a agir e funciona essencialmente da mesma maneira, mesmo quando ocorre alteração de indivíduos na sua composição.

Exemplo: Cirurgiões, instrumentadores, enfermeiras circulantes e anestesistas conhecem suas funções detalhadamente antes de entrar no CC. Portanto, eles não precisam discutir sobre isso com



outros membros. Ao mesmo tempo, a padronização de papéis carrega consigo um grau de rigidez que é desnecessário em equipes reais e que poderia prejudicar a conquista de ótimo desempenho.

São pontos fortes da equipe template:

- ✓ Potencial de processos e produtos confiáveis
- ✓ Capacidade de estabelecer confiança rapidamente
- ✓ Resposta rápida as necessidades dos pacientes
- ✓ Resistência à desintegração do desempenho devido a mudanças de pessoal

Por outro lado, as vulnerabilidades são:

- ✓ Liderança insatisfatória
- ✓ Definições pouco claras das funções
- ✓ Treinamento inadequado

**Trabalhos em grupo:** inclui o trabalho multi e interprofissional.

Os trabalhos em grupo diferem das equipes reais e equipes template de diversas maneiras. Eles carecem de líderes definidos e de quadros de pessoal estáveis. Um trabalho em grupo não tem um objetivo compartilhado, responsabilidade compartilhada para alcançar o objetivo, autoridade para empreender uma ação e interdependência de membros.

Os trabalhos em grupo geralmente são formados e revisados em resposta às necessidades do paciente e sua família; ou seja, eles não costumam ser planejados previamente.

**Dentre os pontos fortes estão:** Flexibilidade do quadro de pessoal Responsividade rápida as necessidades do paciente e da família.

Suas vulnerabilidades incluem: liderança insatisfatória, muitas vezes comprometida porquê é compartilhada, falta de acordo sobre liderança e outras funções, ausência de expectativas comuns de comunicação entre seus membros.

**REDES:**

As redes são “complexos de ligações entre indivíduos e organizações, amplamente governadas pelos interesses das partes e seu reconhecimento do valor de trabalhar junto”.



As redes não são autorizadas por ninguém ou qualquer organização além dos próprios participantes e não são subordinadas a qualquer organização maior. No entanto, elas pressupõem cooperação, e os participantes compartilham interesses e propósitos similares, apesar de seus membros não compartilharem responsabilidade para atingir uma meta específica.

Veja o quadro resumo, abaixo:

Tipo de equipe	Liderança eficiente	Suporte à equipe na tomada de decisões	Administração eficiente de conflitos de relacionamentos	Definição de funções antes do início do funcionamento da equipe	Treinamento	Acordo de abordagem para liderança e outras funções	Acordo sobre expectativas de comunicação
Equipe real							
Equipe template							
Trabalho em grupo							
Rede							

O trabalho em equipe na saúde pode envolver papéis diferentes, veja:

- **Enfermeiros e médicos versus assistentes sociais farmacêuticos e administradores:** Ênfase nas considerações de atendimento do paciente versus considerações de custos.
- **Enfermeiros e assistentes sociais versus médicos, farmacêuticos e administradores:** cuidar da pessoa em vez da doença (médicos), medicações (farmacêuticos) ou procedimento de tratamento (administradores).

[etc]

Entre paciente e equipe, a literatura levanta 3 modelos:

- ✓ **O primeiro é denominado paternalismo por permissão.**



Para decisões fundamentais acerca de diagnóstico ou tratamento, o profissional geralmente será um médico. Porém, em algumas situações, poderá ser um enfermeiro clínico, um farmacêutico, um assistente social ou algum outro profissional, dependendo do assunto.

✓ **O segundo modelo da relação é denominado parceria.**

Todos os assuntos são discutidos integralmente, até que um acordo seja alcançado. O paciente transmite informações a respeito dos seus valores e objetivos. O médico e outros clínicos prestam informações médicas e outras informações científicas. As diferentes opções de ações são ponderadas, escolhidas por ambas as partes em conjunto, e as decisões são tomadas em comum acordo.

✓ **O terceiro modelo da relação é denominado paciente responsável.**

O profissional fornece ao paciente as informações sobre a doença e as opções de diagnóstico e de tratamento. O paciente pode refletir sobre seus valores e objetivos, mas não os discute com o profissional. As deliberações são realizadas pelo paciente, combinando as informações de saúde com seus valores e objetivos para chegar a uma decisão. Em uma variante deste modelo, não usa- dá com frequência, o paciente designa um repare- sextante (um familiar, por exemplo) para tomar sozinho a decisão.

Em sua versão extrema, o modelo do paciente responsável estabelece que o profissional ou equipe de saúde “não tem papel legítimo a desempenhar na discussão ou recomendação de tratamentos”, porque ele pode “prejudicar o paciente por conduzi-lo inadvertidamente em uma certa direção que reflete o próprio viés do médico (ou de outro profissional de saúde).

## 2. EQUIPES EFETIVAS

- O propósito de uma equipe clínicas é prestar excelente atendimento de saúde aos seus pacientes. Assim, uma equipe clinica efetiva é a que presta atendimento de alta qualidade.
- O atendimento de saúde seguro é aquele livre de erros que causam danos aos pacientes. Uma equipe clínicas é segura se realiza corretamente a administração de medicação aos pacientes, se faz diagnósticos precisos de câncer ou de outras doenças em estágio inicial, se toma providências para evitar operar uma parte do corpo que não a indicada (erro não intencional) e assim por diante.
- De um atendimento de saúde efetivo pode-se esperar prevenção, cura ou alívio dos sintomas de uma doença, pois ele é conhecido pelo sucesso em atingir um ou outro desses objetivos,



com base em evidência científica, demonstrando a efetividade do teste diagnóstico ou do tratamento em questão.

- Atendimento de saúde oportuno é aquele sem atrasos desnecessários. Esses atrasos incluem esperas para obter uma consulta com um clínico da equipe de saúde, esperas na sala de emergência, esperas para receber informação sobre resultados de exames, esperas por uma cirurgia a ser feita e assim por diante.
- O atendimento de saúde centrado no paciente é aquele focado em atingir os seus objetivos, coerente com seus valores e preferências e atento à sua impressão sobre atendimento de saúde.
- Atendimento de saúde eficiente é aquele que usa o mínimo possível de recursos para alcançar o resultado desejado, qualquer que seja ele. A essência do atendimento eficiente é a ausência de desperdício. Atendimento eficiente e atendimento de baixo custo não são sinônimos. O atendimento de baixo custo geralmente pode ser atingido aceitando um menor resultado, em outras palavras, retendo vários serviços necessários para atingir o resultado desejado. Sob essas circunstâncias, a diminuição do custo não resultaria em alta eficiência para alcançar o resultado original, porque tal resultado tem sido desconsiderado.
- Um atendimento equitativo é prestado sem observar fatores que são irrelevantes para as necessidades da saúde, por exemplo, gênero, raça, grupo étnico ou localização urbana versus rural. A busca de equidade no atendimento de saúde significa procurar reduzir as disparidades em diferentes populações, definidas pelo nível de renda e outros fatores que deveriam ser irrelevantes ao atendimento prestado e à sua qualidade.

**Por fim, uma equipe efetiva compartilha as seguintes características:**

1. Um objetivo compartilhado, compreendido por todos os membros da equipe
2. Responsabilidade compartilhada entre membros da equipe para atingir o objetivo
3. Liderança bem definida para toda a equipe ou para o seu núcleo, com ou sem participação periférica definida
4. Um líder claramente definido, reconhecido por todos os membros da equipe
5. Hierarquia que permite uma tomada de decisão rápida se necessária
6. Autoridade adequada para que a equipe atue visando seu objetivo
7. Estabilidade do conjunto; quanto mais estável, melhor



Os conceitos abaixo são muito recorrentes no dia a dia e nas provas:



### **Multidisciplinaridade:**

Visa avaliar o paciente de maneira independente somando-se os múltiplos saberes. São pessoas com habilidades complementares que se unem para atingir um objetivo em comum e, desta forma, tende a diminuir a desigualdade entre os profissionais para promover maior integração da equipe

É como se recorrêssemos a informações de várias matérias para estudar um determinado elemento, sem a preocupação de interligar as disciplinas entre si.

Resumindo: cada elemento se expressa individualmente.

### **Interdisciplinaridade:**

A abordagem em equipe deve ser comum a toda a assistência à saúde. O principal aspecto positivo da atuação em equipe interdisciplinar é a possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas.

O ensino baseado na interdisciplinaridade proporciona uma aprendizagem muito mais estruturada e rica, pois os conceitos estão organizados em torno de unidades mais globais, de estruturas conceituais e metodológicas compartilhadas por vários conhecimentos.

Resumindo: atuação uniforme, integrada e colaborativa entre os profissionais.

### **Transdisciplinaridade:**

A transdisciplinaridade acena uma mudança. A necessidade da transdisciplinaridade decorre do desenvolvimento dos conhecimentos, da cultura e da complexidade humana. Essa nova complexidade exige tecer os laços entre a genética, o biológico, o psicológico, a sociedade, com a parte espiritual ou o sagrado devendo também ser reconhecidos. É uma epistemologia, uma metodologia proveniente do caminho científico contemporâneo, adaptado, portanto, aos movimentos societários atuais.



É como se a Interdisciplinaridade fosse tão intensa que já não se pode separar um assunto dos diversos conhecimentos integrados.

Resumindo: Não há limites entre os profissionais devido ao grande grau de interação.



Ano: 2017

Banca: IADE

Órgão: SES-DF

**Intervir na realidade do trabalho em equipe significa promover a mudança das práticas de saúde, no sentido da integração das ações e dos trabalhadores, buscando assegurar assistência e cuidado que respondam de modo pertinentes, no sentido ético, técnico e comunicacional, às necessidades de saúde dos usuários e da população de referência dos serviços.**

**Resposta**

O trabalho em equipe na saúde visa oferecer cuidados adequados à população através de ações integradas de boas práticas, ética e com comunicação eficaz entre seus membros e com paciente e família.

**Alternativa: Certa**

Ano: 2017

Banca: IADE

Órgão: SES-DF

**Reuniões técnicas fazem parte do processo de trabalho em saúde e permitem a troca de informações e vivências do dia a dia, propiciando um processo participativo e de compartilhamento de saberes.**

**Resposta**

A comunicação entre os membros da equipe através de, por exemplo, reuniões técnicas é o momento de troca de experiências, compartilhamento de dificuldades, de sucessos onde todos tem voz e participam do planejamento do cuidado.



Alternativa: Certa.

Ano: 2018

Banca: COPEVE-UFAL

Órgão: UFAL

**Uma das ações que qualificam o trabalho da equipe de enfermagem é o que e como se registra o cuidado prestado. Nesse contexto, dadas as afirmativas,**

I. Os registros de enfermagem podem ser realizados por toda a equipe de enfermagem; contudo, a evolução como parte do processo de enfermagem é privativa do enfermeiro.

II. A checagem dos itens prescritos realizados deve ser realizada por escrito nas anotações de enfermagem.

III. Os registros de enfermagem devem utilizar linguagem técnico-científica.

**Verifica-se que está(ão) correta(s)**

- a) I, II e III.
- b) I e III, apenas.
- c) I e II, apenas.
- d) III, apenas.
- e) II, apenas.

**Resposta**

Todas as alternativas corretas!

**Alternativa: A.**

Ano: 2017

Banca: CESPE

Órgão: Prefeitura de São Luís – MA

**Nas equipes,**

a) o poder é distribuído entre os seus membros e as decisões são tomadas de forma coletiva.

b) o poder é distribuído entre seus membros e as decisões são tomadas de forma individual.

c) o poder é distribuído hierarquicamente e as decisões são tomadas de forma individual.

d) o poder é distribuído hierarquicamente e as decisões são tomadas por muitos indivíduos.

e) o poder é distribuído hierarquicamente e as decisões são tomadas por alguns indivíduos.



**Resposta**

Ainda que exista variações na classificação das equipes, o conceito geral de equipe pressupõe tomada de decisão coletiva e com o poder distribuído.

**Alternativa A.**

Ano: 2015

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: EBSERH

**A equipe que atua no centro cirúrgico estabelece uma coordenação com as demais equipes e serviços (laboratórios, radiologia, banco de sangue entre outros), oferecendo assistência adequada às necessidades do paciente; constitui-se, desta forma, uma equipe multidisciplinar. Esta equipe deve ser composta de:**

- a) equipe cirúrgica; equipe de anestesia; equipe de enfermagem; equipe de gases.
- b) equipe cirúrgica; equipe de anestesia; equipe de enfermagem; equipe de higiene.
- c) equipe cirúrgica; equipe de anestesia; equipe de enfermagem; equipe administrativa.
- d) equipe cirúrgica; equipe de anestesia; equipe de enfermagem; equipe de higiene; equipe administrativa.
- e) equipe cirúrgica; equipe de anestesia; equipe de enfermagem.

**Resposta**

Veja que não as alternativas não estão erradas, mas incompletas. Então precisa achar a mais completa, considerando que no centro cirúrgico existem atribuições que vão além da sala cirúrgica, incluindo higiene e administrativo.

**Alternativa: D.**

Ano: 2012

Banca: FCC

Órgão: TRF - 2ª REGIÃO

**Na organização do trabalho em saúde por equipes, identificam-se dois tipos diferentes de trabalho em equipe: aquela na qual se observa a busca de articulação das ações e de interação dos profissionais, e a outra, em que ocorrem a justaposição das ações e o mero agrupamento de agentes. Segundo Ciampone e Peduzzi (2010), essas equipes são denominadas, respectivamente, como:**

- a) equipe comunicação e equipe sociotécnica.
- b) equipe integração e equipe agrupamento.
- c) equipe dinâmica e equipe das especialidades.



- d) equipe motivacional e equipe do desdobramento do trabalho.
- e) equipe congregadora e equipe segregadora.

**Resposta**

Essas autoras classificam as equipes como de integração (**aquela na qual se observa a busca de articulação das ações e de interação dos profissionais**) e de agrupamento (**justaposição das ações e o mero agrupamento de agentes**).

**Alternativa: B.**

Ano: 2014

Banca: FGV

Órgão: COMPESA

**O trabalho em equipe é descrito como o grupo de pessoas que se dedica a realizar uma tarefa ou determinado trabalho.**

**A equipe composta de pessoas vindas de diferentes áreas da empresa e que é formada para alcançar um objetivo específico por meio de um mix de competências, denomina-se**

- a) equipe de projetos.
- b) equipe autogerida.
- c) equipe de força tarefa.
- d) equipe funcional cruzada.
- e) equipe de melhorias de processos.

**Resposta**

A definição do enunciado se refere à equipe funcional cruzada.

**Alternativa: D.**

Ano: 2016

Banca: CONSULPLAN

Órgão: Prefeitura de Cascavel – PR

**“O CRAS é uma unidade pública estatal, responsável pela organização e oferta dos serviços de Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de maior vulnerabilidade e risco social dos municípios.” (Silva e Silva, 2013.) Qual o tipo de equipe de referência do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)?**

- a) Equipe unidisciplinar.
- b) Equipe interdisciplinar.

- c) Equipe transdisciplinar.
- d) Equipe multidisciplinar.
- e) Equipe transdisciplinar e interdisciplinar.

**Resposta**

Os profissionais de diferentes saberes que compõe o CRAS são exemplos de equipe interdisciplinar.

**Alternativa: B**

Ano: 2013  
Banca: FCC  
Órgão: MPE-AM

**As equipes multifuncionais e os comitês são dois tipos de equipes**

- a) verticais.
- b) horizontais.
- c) transversais.
- d) divergentes.
- e) dissociativas.

**Resposta**

Equipe multifuncional é um grupo de funcionários do MESMO NÍVEL HIERÁRQUICO mas de diferentes setores da empresa, que se juntam para cumprir uma tarefa.

**Alternativa: B.**

Ano: 2017  
Banca: INSTITUTO AOCP  
Órgão: EBSERH

**O trabalho em equipe entre os profissionais da saúde da família tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde doença. Sobre essa temática, é correto afirmar que**

- a) abordagem integral dos indivíduos/famílias é dificultada pela soma de olhares dos distintos profissionais das equipes interdisciplinares.
- b) a interdisciplinaridade representa a anulação da disciplinaridade e a especificidade de cada saber.
- c) a transdisciplinaridade refere-se à associação de disciplinas que abordam um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista sem uma integração interdisciplinar.



d) a ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro.

e) o processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte na qual há inexistência de conflitos no dia-a-dia da equipe.

**Resposta**

a) ERRADA. É facilitada!

b) ERRADA. Representa o estreitamento das relações entre as partes.

c) ERRADA. É multidisciplinaridade.

d) CERTA.

e) ERRADA. Os conflitos continuam presentes e devem ser atualizados.

**Alternativa: D.**

Ano: 2014

Banca: IADES

Órgão: HU-UFRN

**Acerca do objetivo da equipe multiprofissional, assinale a alternativa correta:**

a) diminuir a desigualdade entre os profissionais para promover maior integração da equipe

b) dividir igualmente as tarefas entre os profissionais

c) expandir a clínica médica

d) atender maior número de pacientes

e) facilitar a educação continuada

**Resposta**

O trabalho em equipe possibilita dar e receber, por parte de cada um de seus membros, afeição, aceitação e sentimento de importância, logo, tende a diminuir a desigualdade entre seus membros.

**Alternativa: A.**

Ano: 2014

Banca: IADES

Órgão: HU-UFRN

**Com relação à equipe multiprofissional, assinale a alternativa correta.**

a) É todo ambiente de assistência à saúde em que haja a representação de mais de uma profissão.

b) É quando vários profissionais revezam a utilização das instalações do serviço de saúde.

c) São pessoas com habilidades complementares que se unem para atingir um objetivo em comum.



- d) É um a equipe composta de muitos profissionais, a fim de solucionar a escassez de profissionais.
- e) É um grupo de profissionais em busca cada um de seus objetivos.

**Resposta**

São saberes diferentes e somados em prol de um objetivo.

**Alternativa: C**

Ano: 2015

Banca: FCC

Órgão: TRT

**A maioria dos especialistas em administração e gerência, afirmam que o futuro pertence a organizações baseadas em equipes. Katzenbach e Smith classificam os grupos conforme seu funcionamento e seu grau de desenvolvimento. Os membros do grupo compartilham informações entre si, mas responsabilidades, objetivos e produtos pertencem a cada indivíduo, seu funcionamento pode ser eficiente e efetivo, mas não produz desempenho coletivo. Os autores estão se referindo a:**

- a) grupo de trabalho
- b) equipe potencial
- c) equipe real
- d) equipe de elevado desempenho
- e) grupo operacional

**Resposta**

Tal descrição corresponde às características do grupo de trabalho.

**Alternativa: A.**

## Treine um pouco mais:

Ano: 2018

Banca: Quadrix

Órgão: SEDF



A respeito de trabalho em equipe, tomada de decisão e segurança nos serviços de enfermagem, julgue o próximo item.

A condução da lista de verificação de cirurgia segura é uma atribuição privativa do enfermeiro.

Resposta

Faz parte da atribuição do enfermeiro e demais profissionais da sala.

Errada

Ano: 2018

Banca: FCC

Órgão: Câmara Legislativa do Distrito Federal

No dimensionamento de enfermagem, o índice de segurança técnica consiste em um acréscimo no quantitativo de pessoal por categoria para cobertura das ausências previstas e não previstas ao serviço. São consideradas ausências NÃO previstas:

A ausências por feriado.

B férias.

C faltas abonadas.

D folgas semanais.

E descansos remunerados

Resposta

A variável ausências não previstas é resultante da soma de uma série de tipos de ausências, tais como: falta abonadas (gabarito) e não abonadas; licença médica; licença-maternidade; licença-prêmio; licença por acidente de trabalho; licença INSS; outras licenças (casamento, nojo, paternidade, etc.) e suspensões, cujos valores diferem de uma categoria profissional para outra.

Alternativa: D.

Ano: 2018

Banca: FCC

Órgão: Prefeitura de Macapá - AP

O profissional responsável pelo gerenciamento de recursos materiais de uma unidade de saúde precisa decidir o quanto de um determinado material de consumo deve ser comprado. Nessa situação, a estimativa do material a ser comprado depende



- A da média de reposição dos setores.
- B da cota mínima do material.
- C do consumo mensal dos setores.
- D do consumo diário do material durante o tempo de reposição.

Resposta

A estimativa do material a ser comprado depende do consumo mensal das unidades hospitalares, ou seja, da soma das "cotas" de todas as unidades, cujos valores são calculados com base na média aritmética do consumo, podendo ser estimada pela seguinte expressão matemática:

$$CM = CMM + ES$$

CM = cota mensal

CMM = consumo médio mensal

ES = estoque de segurança

O consumo médio mensal (CMM) é a média dos valores do material utilizado nos últimos meses, dividido pelo número de meses. A cota mensal baseada na média aritmética móvel é o método mais usado no meio hospitalar, pois permite prever o consumo para o próximo período, conforme o consumo médio do período anterior. Esse período é arbitrário, mas recomenda-se que seja, no mínimo, de três meses ou superior ou igual a 12 meses.

O estoque de segurança (ES) ou estoque mínimo é a quantidade de cada item que deve ser mantida como reserva para garantir a continuidade do atendimento caso haja elevação brusca no consumo ou atraso no suprimento. A forma mais simples e empírica de calcular o ES é acrescentar, à cota mensal, 10% a 20% do CMM, somado ao consumo diário durante o tempo de reposição (CTR).

Alternativa: C.

Ano: 2018

Banca: FCC

Órgão: TRT - 15ª Região (SP)

Em um ambulatório, o técnico de enfermagem que auxilia o enfermeiro na gestão de materiais realizou a provisão de materiais de consumo, que corresponde a

A estabelecer a estimativa de material necessário para o funcionamento da unidade.



B realizar o levantamento das necessidades de recursos, identificando a quantidade e a especificação.

C repor os materiais necessários para a realização das atividades da unidade.

D atualizar a cota de material previsto para as necessidades diárias da unidade.

E sistematizar o mapeamento de consumo de material.

Provisão

Trata-se do ato de prover, de realizar a reposição dos materiais necessários para a realização das atividades do setor. O sistema de reposição interna, do almoxarifado para a unidade produtiva, depende da política administrativa adotada pelo setor de suprimentos e pode ser realizado por quantidade e tempo ou imediato por quantidade.

Resposta

A reposição por quantidade e tempo é utilizada por sistema de cotas com reposição semana, quinzenal ou mensal. Os fatores determinantes desse tipo de reposição é o dimensionamento de pessoal do almoxarifado, o local de guarda de estoque do almoxarifado, a rotatividade do material de estoque, características do local de guarda de materiais nas unidades.

A reposição imediata por quantidade é a mais utilizada atualmente, por ser mais dinâmica, promove reposição mais rápida e eficaz. O estoque é real, diário e imediato, que além de evitar desvios, não necessita de armazenamento na unidade. Algumas instituições adotam o estoque mínimo de materiais para as urgências e emergências.

Alternativa: C.

Ano: 2018

Banca: FGV

Órgão: TJ-SC

Durante uma reunião de trabalho foram apresentadas diversas reclamações, todas direcionadas a um determinado gestor e que, em linhas gerais, diziam respeito ao seu estilo de liderança, classificado pela maioria como sendo totalmente autocrático.

Com base nos estilos básicos de liderança, pode-se afirmar que uma das características da liderança autocrática é:



- A limitada participação do líder nos debates;
- B alta liberdade para tomada de decisão em grupo;
- C centralização das decisões e escolhas na figura do líder;
- D abstenção do líder nas divisões de tarefas;
- E participação do grupo na elaboração dos protocolos.

Resposta

A liderança autocrática tem foco no líder apenas, as decisões não são tomadas em grupo, determina o modo de realizar as tarefas e o que precisa para tal.

Alternativa: C.

Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EMAP

Julgue o item subsequente, referente à administração em enfermagem.

As auditorias servem de instrumento de controle da qualidade dos serviços de enfermagem e podem ser feitas de forma retrospectiva, simultânea ou prospectiva.

Resposta

A auditoria e enfermagem é um processo exigente. Requer dinamização constante de toda equipe de enfermagem, atenção sempre voltada para o desempenho das ações de enfermagem, integração na equipe, visando os interesses convergidos num ponto focal. Este tem a propriedade de produzir abertura através dos objetivos que norteiam o desempenho das ações profissionais em busca da melhor qualidade no tendimento do ser humano.

A auditoria em enfermagem como entidade da administração do serviço de enfermagem, constitui atualmente um recurso técnico disponível aqueles profissionais que almejam conquistar o desempenho qualitativo aprimorado aos seus clientes.

Alternativa: Certa.

Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EMAP

Julgue o item subsequente, referente à administração em enfermagem.



No desenvolvimento da função de supervisão, devem ser consideradas as diferenças comportamentais dos funcionários e os fatores extra e intraorganizacionais geradores dessas diferenças.

Resposta

A supervisão deve ser entendida como ação inserida no processo assistencial e de produção administrativa da enfermagem, e, como tal, apresenta produtos técnico-assistenciais. Nesse contexto, a função de supervisão evidencia a importância das características pessoais do supervisor e as formas que ele utiliza para interagir com o grupo supervisionado. Assim, o supervisor, centrado nas pessoas e no relacionamento humano, gera motivação e promove o desenvolvimento do grupo.

Na enfermagem, a supervisão tem papel fundamental no gerenciamento da assistência, e o enfermeiro, como líder de sua equipe, deve exercê-la continuamente, propiciando a melhoria da qualidade da assistência.

Alternativa: C.

Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EMAP

Julgue o item subsequente, referente à administração em enfermagem.

O estilo de liderança de abordagem conhecida por grade gerencial ou rede administrativa leva em consideração a produção e o interesse por pessoa.

Resposta

Também denominado grade gerencial ou rede administrativa, é um conceito desenvolvido por William Blake e Jane Mouton, relacionado com um método de treinamento em liderança que se tornou amplamente difundido nos anos 60.

A origem foi o desdobramento de concepções contidas nos estudos da Ohio State, os quais demonstraram, com bastante clareza, que existem duas dimensões fundamentais no comportamento dos líderes nas organizações empresariais. A primeira é a consideração com os subordinados, isto é, um comportamento cuja principal preocupação está vinculada com os empregados. A segunda está relacionada com a estruturação da organização, especialmente no que se refere à realização das tarefas.

Alternativa: Certa.



Ano: 2018

Banca: UFLA

Órgão: UFLA

Nas organizações de saúde os conflitos estão presentes, daí a importância do Enfermeiro (a) estudar e discutir como gerenciar conflitos, pois estes são necessários para o desenvolvimento e crescimento de qualquer organização (CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

Diante o exposto qual seria a conduta gerencial cabível frente a um conflito:

A Determinar a estratégia para a solução do conflito, impondo suas preferências diante da situação-problema.

B Reconhecer os fatores geradores do conflito para suprimi-los, aperfeiçoando as normas da organização, focando no problema.

C Criar condições para que os conflitos possam ser explicitados e discutidos entre os membros da equipe, na busca de soluções integrativas dos problemas.

D Buscar a harmonia na situação, sem abordar o conflito diretamente, de modo a evitar aborrecimentos ou problemas emocionais nos membros da equipe.

Resposta

Os conflitos devem ser tratados com importância, discutidos com todos com soluções integrativas, não impositivas.

Alternativa: C.

Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EBSERH

Com relação ao papel da gerência de enfermagem, julgue o item a seguir.

As atividades de direção, organização e planejamento dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares podem ser realizadas por profissional técnico em saúde de nível médio.

Resposta

É competência privativa do enfermeiro. Fundamento:

Art. 11. COMPETÊNCIAS PRIVATIVAS DO ENFERMEIRO: Organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras de serviços.

Alternativa: Errada.



Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EBSERH

O processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação de serviços hospitalares. Para a sua execução são consideradas as atividades realizadas pela equipe de enfermagem. Acerca desse assunto, julgue o item seguinte.

A chefia do serviço de enfermagem deve comprovar sua capacidade de selecionar e dimensionar a equipe e adequá-la às necessidades do serviço.

Resposta

O dimensionamento é calculado pela chefia, mediante legislação vigente e baseado com a classificação de pacientes, proporção enfermeiro e técnico necessária e outros parâmetros.

Alternativa: Certa.

Ano: 2017

Banca: INSTITUTO

AOCP Órgão: EBSERH

Ato normativo, aprovado pela administração superior da organização de saúde, de caráter flexível, e que contém diretrizes básicas para o funcionamento do serviço de enfermagem, refere-se

A à rotina.

B a procedimento.

C a normas.

D a regimento.

E ao manual de Enfermagem.

Resposta

a) Errado.

Rotina – compreende a descrição sistematizada dos passos dados para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um agente.

Ex: realização de curativo pelo enfermeiro no período diurno, banhos no leito dos leitos pares no período noturno.

b) Errado.

Procedimento – descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada. É sinônimo de técnica.

Ex: lavagem das mãos.



c) Errado.

Normas – conjunto de regras ou instruções para fixar procedimentos, métodos, organização, que são utilizados no desenvolvimento das atividades.

Ex: todos os funcionários de enfermagem deverão estar na unidade onde trabalham, devidamente uniformizados, até as 7 horas.

d) Correto.

Regimento – Trata-se de documento utilizado para a organização do serviço de enfermagem, o qual regulamenta a estruturação, composição da equipe e o funcionamento geral do serviço de enfermagem em toda a instituição.

e) Errado.

Manual de enfermagem – instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações de enfermagem.

Alternativa: D.

Ano: 2017

Banca: Quadrix

Órgão: SEDF

Acerca da administração e organização dos serviços e do processo de recrutamento e seleção de recursos humanos em enfermagem, julgue o item subsecutivo.

Os hospitais privados adotam uma política de valorização da equipe de enfermagem, em detrimento da tecnologia, para garantir a melhoria da qualidade da assistência.

Resposta

O hospital é uma empresa das mais complexas. Isto exige, evidentemente, que ela seja dotada de uma estrutura sólida e racional, que, no entanto, não pode "mecanizar" ou despersonalizar os serviços que presta ao seu usuário, que é o paciente. Seria uma negação do princípio estabelecido e aceito da prioridade do paciente sobre a estrutura criada e mantida para o atender. No entanto, o que encontramos em muitos hospitais privados é uma desvalorização da equipe de enfermagem em detrimento da tecnologia.

Alternativa: Certa.

Ano: 2016

Banca: IF Sertão - PE



Órgão: IF Sertão - PE

Marque a alternativa correta em que segundo a Resolução 293/2004 do COFEN, para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- A 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva;
- B 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- C 3,5 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima;
- D 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência Intermediária;
- E Todas estão corretas.

Resposta

De acordo com a RESOLUÇÃO COFEN-293/2004 – Revogada pela Resolução Cofen nº 543/2017

Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados

Art. 4º – Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

- 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado;
- 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária;
- 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;
- 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

Alternativa: A.

Grande abraço!

Prof.ª Lígia Carvalheiro



# ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



**1** Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



**2** Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



**3** Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



**4** Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



**5** Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



**6** Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



**7** Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



**8** O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.