



CÓD: OP-061NV-23
7908403545223

CAUCAIA-CE

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
DO ESTADO DO CEARÁ

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 001/2023

Língua Portuguesa

1. Interpretação e compreensão de texto	7
2. Tipos e gêneros textuais	7
3. Fonética: Encontros consonantais e vocálicos, sílaba (divisão e classificação)	8
4. Acentuação gráfica	9
5. Ortografia	10
6. Pontuação	11
7. Morfologia: Classes de palavras, processo de formação das palavras	14
8. Análise sintática dos períodos simples e composto	22
9. Concordância nominal e verbal	26
10. Regência verbal e nominal	28
11. Semântica: Sinonímia, antonímia e paronímia	28
12. Tipos de linguagem: Verbal, não-verbal, denotativa, conotativa, coloquial, formal	29
13. Funções da linguagem	31
14. Colocação pronominal	31
15. Linguagem e sentido. Ambiguidade	33
16. Figuras de linguagem	33
17. Coesão. Coerência. Referenciação	37

Matemática

1. Números relativos inteiros e fracionários: operações e suas propriedades (adição, subtração, multiplicação, divisão e potenciação)	45
2. Múltiplos e divisores: máximo divisor comum e mínimo múltiplo comum	53
3. Frações ordinárias e decimais	55
4. Números decimais: propriedades e operações. Expressões numéricas.	56
5. Equações do 1º e 2º grau. Problemas	56
6. Sistemas de medida de tempo. Sistema métrico decimal.	60
7. Sistema monetário brasileiro	62
8. Problemas, números e grandezas proporcionais: razões e proporções	65
9. Divisão em partes proporcionais	66
10. Regra de três simples e composta	68
11. Porcentagem	69
12. Juro simples: juros, capital, tempo, taxas e montantes	71
13. Fundamentos da Teoria dos Conjuntos	73
14. Conjuntos Numéricos: Números Naturais e Inteiros (divisibilidade, números primos, fatoração, máximo divisor comum, mínimo múltiplo comum). Números Racionais e Irracionais (reta numérica, valor absoluto, representação decimal). Números Reais (relação de ordem e intervalos). Operações	74
15. Funções: Estudo das Relações, definição da função, funções definidas por fórmulas: domínio, imagem e contradomínio, gráficos, função injetora, sobrejetora e bijetora, funções par e ímpar, funções crescentes e decrescentes, função inversa, função composta, função polinomial do 1º Grau, quadrática, modular, exponencial e logarítmica, resoluções de equações, inequações e sistemas	74
16. Sequência	106

ÍNDICE

17. Geometria Plana. Ângulos: definição, classificação, unidades e operações, feixes de paralelas cortadas por transversais . . .	108
18. Teorema de Tales e aplicações.	119
19. Polígonos: elementos e classificação, Diagonais, soma dos ângulos externos e internos, estudo dos quadriláteros e triângulos, congruências e semelhanças, relações métricas dos triângulos. Área: polígonos e suas partes.	121
20. Álgebra: análise combinatória.	121
21. Geometria Espacial: retas e planos no espaço (paralelismo e perpendicularismo), poliedros regulares, pirâmides, prismas, cilindro, cone e esfera (elementos e equações).	123

Atualidades e Convivência Societária

1. Evolução histórica, geográfica, econômica, política e cultural do município de Caucaia	125
2. Acontecimentos e fatos relevantes e atuais do contexto internacional, nacional, estadual e do município de Caucaia.	129
3. Diversidade cultural, conflitos e vida em sociedade	129
4. Formas de organização social, movimentos sociais, pensamento político e ação do Estado.	137
5. Os domínios naturais e a relação do ser humano com o ambiente	138
6. A relação homem-natureza, a apropriação dos recursos naturais pelas sociedades ao longo do tempo.	139
7. Recursos minerais e energéticos: exploração e impactos	140
8. Recursos hídricos	140
9. Bacias hidrográficas e seus aproveitamentos.	141
10. As questões ambientais contemporâneas: mudança climática, ilhas de calor, efeito estufa, chuva ácida. A destruição da camada de ozônio e impacto ambiental das atividades econômicas no Brasil. Origem e evolução do conceito de sustentabilidade . .	142
11. Ética profissional e social	155
12. Ética, moral e cidadania	157

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Sistema Único de Saúde – SUS: Fundamentos e Práticas em Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade	163
2. Políticas Públicas de Saúde: Bases Legais do Sistema Único de Saúde (SUS).	170
3. Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - Lei Federal 8.080/90, 19 de setembro de 1990.	171
4. Lei Federal 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990	181
5. Histórico; Atenção Primária a Saúde	183
6. Política Nacional de Atenção Básica	187
7. Normas Operacionais Básicas – NOB-SUS de 1996	210
8. Controle Social do SUS	224
9. Lei complementar n. 141/12, de 13 de janeiro de 2012 Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, e 8.689/93, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.	232
10. Decreto n. 7.508/11, de 28 de junho de 2011 Regulamenta a Lei n. 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS.	238
11. Indicadores epidemiológicos	242

ÍNDICE

12. Biossegurança nas ações em saúde.	245
13. Vigilância epidemiológica	247
14. Preparação e acompanhamento do paciente na realização de exame diagnóstico	247
15. Posições para exames.	251
16. Sinais vitais e medidas antropométricas.	254
17. Controle hídrico e diurese	257
18. Técnicas de higiene, conforto e segurança do paciente	258
19. Cuidados de enfermagem com paciente em situação de urgência e emergência	260
20. Princípios de preparo e administração de medicamentos pelas diversas vias	278
21. Procedimentos por via respiratória.	288
22. Manuseio de equipamentos e materiais esterilizados	295
23. Prontuário e anotações de enfermagem	306
24. Cuidados com lesões cutâneas. Tratamento e prevenção de feridas. Curativos: potencial de contaminação e técnicas de curativos	322
25. Assistência de enfermagem em clínica médica	325
26. Assistência de enfermagem ao paciente idoso	335
27. Cuidados de enfermagem a pacientes nas diversas etapas do tratamento cirúrgico: pré, trans e pós-operatórios das cirurgias gerais	346
28. Assistência de enfermagem a pacientes com transtornos mentais	352
29. Aleitamento materno. Cuidados com o RN	365
30. Agravos sociais à criança e ao adolescente de violência e abandono	382
31. Notificação das doenças transmissíveis: prevenção e controle	386
32. Princípios da administração de medicamentos: terapêutica medicamentosa, noções de farmacoterapia	388
33. Condutas do técnico de enfermagem na Saúde Mental. Intervenções, sinais e sintomas.	388
34. Doenças sexualmente transmissíveis	388
35. Tipos de doenças e prevenções, dosagens, aplicação, Esterilização de Material	391
36. Saúde da Mulher. Planejamento familiar, gestação (pré-natal), parto e puerpério, prevenção do câncer de colo e mamas	394
37. Programa de Controle de Infecção Hospitalar	426
38. Registros de enfermagem e ocorrências no serviço: implicações legais e éticas	426
39. Processamento de artigos hospitalares: limpeza, desinfecção e esterilização	426
40. Imunização: aplicação, transporte, armazenamento e conservação de vacinas	426
41. Assistência de enfermagem na saúde da mulher.	439
42. Programa Nacional de Imunização (PNI).	439
43. Legislação Ética profissional e relações humanas	439

d. Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

a. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

b. Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).

c. Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

d. Transferência regular e automática do Índice de valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).

e. Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.

f. Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.

g. Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

17. DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

17. 1. As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS Nº 01/93.

17.2. No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS Nº 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1. para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4. a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3. A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4. A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5. Os instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, estão sistematizados no ANEXO I.

17.6. Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS Nº 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7. A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS Nº 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8. A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS Nº 01/93.

17.9. A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10. De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.

rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação.

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB, revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados.

Segundo Magalhães Júnior e Pinto, há, pelo menos, dois indicadores importantes da centralidade dada à PNAB no âmbito federal das políticas de saúde. São eles: o aumento superior a 100% dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da AB, entre 2010 e 2014; e a aplicação de recursos para a qualificação e a ampliação da estrutura das unidades, por meio de um projeto específico, o Requalifica SUS, lançado em 2011.

Também em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incorporou elementos da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação, tendo como finalidade a certificação das EqSF. Esse Programa permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, constituindo-se em um mecanismo de indução de novas práticas.

Em termos de cobertura, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) indicam que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios. Tudo isso mediante novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares, e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira

Notas sobre a conjuntura e o texto da Política Nacional de Atenção Básica 2017

Presenciou-se, recentemente, a reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, o que resultou no impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice Michel Temer à Presidência. Ao mesmo tempo, observa-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.

Seguiu-se a aprovação de medidas ditas ‘racionalizantes’, sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de ‘políticas paternalistas’, que teriam agravado a crise econômica. A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público,

limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho.

Entre as alterações legislativas que viabilizam esse processo, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos.

Nessa conjuntura, as tendências que orientavam a revisão da PNAB 2011 já vinham sendo anunciadas, pelo menos, desde outubro de 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, cujos indicativos para tal revisão foram publicados em um documento-síntese. Ali, já se apresentava uma perspectiva regressiva, especialmente preocupante, considerando-se a correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal.

Desde então, as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS. Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública. Uma característica marcante do texto da nova PNAB é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais regionais.

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular. A presente análise não valida o raciocínio otimista, justamente porque é fruto de uma leitura informada pela atual conjuntura, que indica limites rigorosos, a partir dos quais essa política e suas possibilidades se realizarão.

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas pro-

social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde.

Em relação à carga horária, determina-se o retorno da obrigatoriedade de 40 horas para todos os profissionais da ESF, inclusive os médicos, cuja carga horária havia sido flexibilizada na PNAB 2011. Esta alteração retoma condições estabelecidas desde a implantação do PSF, que são consideradas positivas para favorecer o vínculo entre profissional e usuário, e potencializar a responsabilidade sanitária das equipes e a continuidade do cuidado. Entretanto, sabe-se que a flexibilização da carga horária dos médicos de 40 para 20 horas buscava equacionar a dificuldade de fixação desse profissional nas equipes, um problema que persiste.

Diferentemente do que é previsto para a ESF, a carga horária projetada para as equipes de AB (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem) deve atender às seguintes orientações: a soma da carga horária, por categoria, deve ser, no mínimo, de 40 horas; a carga horária mínima de cada profissional deve ser de 10 horas; o número máximo de profissionais por categoria deve ser três.

Operacionalmente, são inúmeros os arranjos possíveis para a composição das equipes de AB. Para fins de ilustração, uma equipe pode ser composta por três médicos, dos quais dois devam ter cargas horárias de 20 horas e um de 10 horas; três enfermeiros, com 40 horas cada; um auxiliar ou técnico de enfermagem, com 40 horas; e nenhum ACS. Isto significa que, pelo menos, três fatores tornam mais atraente a composição de equipes no modelo de AB tradicional: contam com menos profissionais do que a ESF e, portanto, podem ter um custo mais baixo; são mais fáceis de organizar, em função da flexibilidade da carga horária; e, agora, são também financeiramente apoiadas. É importante lembrar que a referência de população coberta também foi flexibilizada.

Embora essas alterações possam ser lidas como meros instrumentos de gestão, visando à redução de custos, cabe questionar, ainda, os seus possíveis efeitos sobre o modelo de atenção à saúde. Tal formação de equipes tende a fortalecer a presença de profissionais cuja formação permanece fortemente orientada pelo modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais. Neste sentido, antes mesmo que a ESF tenha avançado significativamente na transformação do modelo de atenção, a PNAB 2017 representa uma regressão em relação a esse propósito, criando as condições para a expansão da AB tradicional e fortalecendo o binômio queixa-conduta.

Integração das atribuições ou fusão dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias?

Desde a realização do já mencionado VII Fórum de Gestão da Atenção Básica, em outubro de 2016, pelo MS, com o propósito de produzir subsídios para a revisão da PNAB, tem circulado a ideia de fundir as atribuições dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), tornando-os um único tipo de profissional.

A PNAB 2017 desenvolve a materialização dessa ideia e afirma que “as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas sob o argumento da necessidade de união entre a AB e a vigilância em saúde, visando ao sucesso das ações desenvolvidas nos territórios. Em seguida, define as atribuições que devem ser comuns a ambos os agentes e as atribuições específicas de cada um.

Nessa distribuição, percebem-se três movimentos. O primeiro é a inclusão, na lista de atribuições comuns aos ACS e aos ACE, das atividades historicamente destinadas aos ACS, tais como: o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos; a realização de visitas domiciliares periódicas para o monitoramento da situação de saúde das pessoas; a identificação e o registro de situações de risco à saúde; e a orientação, a informação e a mobilização da comunidade. O segundo movimento é a predominância, na lista das atribuições específicas dos ACS, de atividades de produção e registro de uma série de dados e informações pelas quais somente este trabalhador é responsável. O terceiro corresponde à manutenção do trabalho atualmente já desenvolvido pelos ACE na lista das atribuições específicas desse trabalhador.

Em síntese, o ACE preserva a responsabilidade sobre práticas tradicionalmente associadas ao seu trabalho, mas sofre um acréscimo em suas tarefas ao incorporar as atividades hoje atribuídas aos ACS. Estes, por sua vez, sofrem uma descaracterização do seu trabalho, que já vem sendo esvaziado das ações de educação em saúde, em virtude da priorização de atividades associadas às ‘linhas de cuidado’, que têm assumido um foco na prevenção de doenças, assim destinando a esses trabalhadores ações mais pontuais.

É preciso também considerar o quanto a integração entre esses profissionais estaria mais a serviço do corte de custos, pela diminuição de postos de trabalho, do que do aprimoramento do processo de trabalho e do aumento da eficiência das EqSF. Um resultado provável para esta relação será uma intensificação ainda maior do trabalho dos agentes que restarem nas equipes.

Ainda que se concorde com a necessidade de aproximação e de articulação entre os campos da vigilância e da atenção à saúde, isto não se resume à fusão de seus agentes. Enquanto ainda não se efetivaram esforços suficientes para se alcançar a integração dos ACE nas EqSF, conforme estabelecido pela PNAB de 2011², projeta-se um processo de trabalho que desconsidera as especificidades dessas áreas técnicas e suas respectivas políticas. Além disso, não se desenvolvem pontos de integração no planejamento do trabalho e da formação, nem projetos de ação conjunta entre esses trabalhadores, nos territórios e nas unidades de saúde.

Fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde

O SUS possui caráter nacional e universal, e integra um conjunto amplo de ações que devem ser organizadas em uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada de serviços. Vários aspectos influenciam a implantação deste modelo, entre eles, as características da federação brasileira, que se distingue pelo reconhecimento dos municípios como entes autônomos a partir da Constituição de 1988. Tais municípios (5.570, no total) são muito desiguais entre si e, em sua maioria (cerca de 90%), possuem pequeno ou médio porte populacional e limitadas condições político-institucionais para assumirem as responsabilidades sobre a gestão das políticas de saúde que lhes são atribuídas.

Diversos foram os esforços empreendidos na trajetória de implantação do SUS para lidar com as tensões do federalismo brasileiro. As políticas direcionadas para o fortalecimento da ESF permitiram a consolidação do papel coordenador da União no pacto federativo da saúde. Normas e incentivos financeiros federais favoreceram a implantação das políticas pelos municípios, com desconcentração de serviços no território e consolidação da ESF como referência nacional para organização da AB no SUS. Essas políticas também possibilitaram uma redistribuição não desprezível de re-

país liberdade e respeito, como pessoas humanas e sujeitos de direitos civis, políticos, individuais e sociais garantidos pela Constituição.

A maioria dos agressores de idosos é um familiar ou algum conhecido. Uma das queixas mais registradas é a violência patrimonial, que decorre da apropriação indevida dos bens do idoso através do uso da violência. Os idosos acabam permitindo que os agressores se apropriem de seus bens, pelo medo da solidão, da vida muitas vezes vulnerável em casas de longa permanência e clínicas geriátricas.

Os idosos maltratados, sendo mais vulneráveis que as demais faixas etárias, encontram-se muitas vezes inseguros e fragilizados e, por essa razão não procuram em primeira instância os serviços especializados. Sem o apoio de familiares e sem amizades, torna-se difícil e constrangedor procurar, sozinho, os serviços de segurança pública especializados.

Alguns idosos são, ainda, destituídos do poder de decisão, privados de ocupar um espaço físico próprio, do direito de escolha, da liberdade de expressão e do direito de envelhecer com saúde e plenitude de cidadania.

A presença ativa na vida social deve ser valorizada e estimulada junto aos idosos, mediante formas de convívio e expressão, em centros de comunidade, clubes de convivência, associações culturais, de lazer e esportivas, atividades de recuperação da história e habilidades de uma comunidade, valorizando-se a transmissão aos mais jovens de suas experiências e histórias de vida.

Para isso a rede de atendimento à pessoa idosa é fundamental e precisa estar articulada numa diversidade de serviços, como a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso.

O tratamento dispensado às pessoas em situação de violência intrafamiliar

Quando recebemos uma pessoa tentando romper o ciclo de violência, cabe a nós participar desse processo, realizando um atendimento de qualidade e comprometimento diante da sua situação.

Algumas vezes vamos perceber que uma pessoa pode dar início a um processo judicial para se desvincular da situação de violência, mas que tempos depois, desiste de levá-lo adiante. Esta situação é comum nos casos que envolvem violência e laços afetivos, sendo caracterizada, segundo estudos científicos, como um momento do perverso ciclo da violência.

Nas situações de violência intrafamiliar, devemos estar atentos para não fazer julgamentos baseados no senso comum, mas sim colaborar no processo de fortalecimento de cidadania da vítima para que se consiga estabelecer um cotidiano sem violência.

A vítima da violência intrafamiliar muitas vezes é conduzida a acreditar que é ela mesma a responsável pela violência sofrida, o que contribui para a construção de sentimentos de vergonha e culpa. Neste sentido, um atendimento inadequado pode colaborar para que esses sentimentos e condições éticas se cristalizem, colocando mais obstáculos para o rompimento do ciclo de violência. Num atendimento a uma vítima de violência, seja ela qual for, é importante, antes de tudo, que se constitua um ambiente sigiloso e acolhedor, que poderá indicar à vítima o respaldo à sua necessidade, sem julgamento, e sem que ela se sinta o “assunto do dia” na instituição.

Portanto, o atendimento deve ser realizado em um local que garanta o sigilo das informações que estão sendo reveladas, cumprindo o princípio da Psicologia e do Serviço Social no Art. 1, Item

IX, da Deliberação CSDP 187, de 12/08/2010, bem como dos respectivos códigos de ética profissionais e resoluções dos conselhos federais de profissão.

A violência intrafamiliar é constantemente tratada como assunto da esfera privada das relações sociais, cabendo exclusivamente à vítima se desvencilhar dessa situação. Porém, é responsabilidade também da sociedade e do Estado trazer essa temática ao campo público para garantirmos que todo cidadão tenha o direito a uma vida sem violência.

Serviços da Rede de Proteção que podem ser Acessados

- CREAS (diversos públicos)

O que é? O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) configura-se como uma unidade pública e estatal, que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, etc.).

O que oferece? Atendimento psicológico, social e jurídico especializado a pessoas com direitos violados e suas famílias, inclusive vítimas de violência.

Violência Contra Mulher

- CRM - Centro de Referência da Mulher

O que é? O Centro de Referência é o espaço estratégico da política de enfrentamento à violência contra as mulheres, exercendo o papel de articulador dos serviços, organismos governamentais e não governamentais que integram a rede de atendimento às mulheres e garantindo o acesso a outros serviços para as que se encontram em situação de vulnerabilidade social, em função da violência de gênero.

O que oferece? Atendimento psicológico, social e jurídico a mulheres vítimas de violência, tendo ou não registrado boletim de ocorrência.

- Casa Abrigo

O que é? As Casas Abrigo oferecem atendimento temporário para mulheres em risco de morte. Os endereços são sigilosos para garantir a segurança e integridade física da mulher.

O que oferece? Assistência integral à mulher que tenha necessidade de acolhimento residencial, em virtude de risco de morte.

- Delegacia de Defesa da Mulher - DDM

O que é? Delegacia especializada no atendimento a mulheres vítimas de violência.

O que oferece? Registro de denúncias (ocorrências), investigação criminal, solicitação de medidas protetivas ao juízo competente, encaminhamento para outros órgãos de proteção.

- Disque 180

O que é? Este serviço oferecido pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República que esclarece as vítimas sobre seus direitos e mostra onde e como obter ajuda. Funciona 24 horas, todos dias da semana, inclusive aos finais de semana.

O que oferece? Informações gratuitas via telefone

Existem várias escalas para medição de temperatura, sendo que as mais comuns são a Fahrenheit (°F), em uso nos países de língua inglesa, e a Celsius (°C), utilizada no Brasil.

Nos termômetros em escala Celsius (°C) ou Centígrados, o ponto de congelamento da água é 0°C e o seu ponto de ebulição é de 100°C, ambos medidos ao nível do mar e à pressão atmosférica.

Fatores que interferem na manutenção da temperatura no interior das caixas térmicas:

- Temperatura ambiente: Quanto maior for a temperatura ambiente, mais rapidamente a temperatura do interior da caixa térmica se elevará, em virtude da entrada de ar quente pelas paredes da caixa.

- Material isolante: O tipo, a qualidade e a espessura do material isolante utilizado na fabricação da caixa térmica interferem na penetração do calor. Com paredes mais grossas, o calor terá maior dificuldade para atravessá-las. Com paredes mais finas, o calor passará mais facilmente. Com material de baixa condutividade térmica (exemplo: poliuretano ao invés de poliestireno expandido), o calor não penetrará na caixa com facilidade.

- Bobinas de Gelo Reutilizável – Quantidade e Temperatura: A quantidade de bobinas de gelo reutilizável colocada no interior da caixa é importante para a correta conservação. A transferência do calor recebido dos imuno biológicos, do ar dentro da caixa e através das paredes fará com que o gelo derreta (temperatura próxima de 0°C, no caso de as bobinas de gelo serem constituídas de água pura). Otimizar o espaço interno da caixa para a acomodação de maior quantidade de bobinas de gelo fará com que a temperatura interna do sistema permaneça baixa por mais tempo. Dispor as bobinas de gelo reutilizável nos espaços vazios no interior da caixa, de modo que circundem os imuno biológicos serve ao propósito mencionado acima. Ao dispor de certa quantidade de bobinas de gelo reutilizável nas paredes laterais da caixa térmica, formamos uma barreira para diminuir a velocidade de entrada de calor, por um período de tempo. O calor vai continuar atravessando as paredes, e isso ocorre porque não existe material perfeitamente isolante. Contudo, o calor que adentra a caixa atinge primeiro as bobinas de gelo reutilizável, aumentando inicialmente sua temperatura, e, somente depois, altera a temperatura do interior da caixa.

A temperatura das bobinas de gelo reutilizável também deve ser rigorosamente observada. Caso sejam utilizadas bobinas de gelo reutilizável, em temperaturas muito baixas (-20°C) e em grande quantidade, há o risco de, em determinado momento, que a temperatura dos imuno biológicos esteja próxima à dessas bobinas. Por consequência, os imuno biológicos serão congelados, o que para alguns tipos, pode comprometer a qualidade, por exemplo: a vacina contra DTP.

Além desses fatores, as experiências citadas permitem lembrar alguns pontos importantes:

- o calor, decorrido algum tempo, passará através das paredes da caixa com maior ou menor facilidade, em função das características do material utilizado e da espessura das mesmas;

- a temperatura no interior da caixa nem sempre é uniforme. Num determinado momento podemos encontrar temperaturas diferentes em vários pontos (a, b e c). O procedimento de envolver os imuno biológicos com bobinas de gelo reutilizável é entendido como uma proteção ao avanço do calor, que parte sempre do mais quente para o mais frio, mas que afeta a temperatura dos corpos pelos quais se propaga;

- no acondicionamento de imuno biológicos em caixas térmicas é possível manter ou reduzir a temperatura das mesmas durante um tempo determinado utilizando-se, para tal, bobinas de gelo reutilizável em diferentes temperaturas e quantidade.

Tipos de Sistema

Compressão: São sistemas que utilizam a compressão e a expansão de uma substância, denominada fluido refrigerante, como meio para a retirada de energia térmica de um corpo ou ambiente. Esses sistemas são normalmente alimentados por energia elétrica proveniente de centrais hidrelétricas ou térmicas. Alternativamente, em regiões remotas, tem-se usado o sistema fotovoltaico como fonte geradora de energia elétrica.

Componentes e elementos do sistema de refrigeração por compressão: Componentes: compressor, condensador e controle do líquido refrigerante. Elementos: evaporador, filtro desidratador, gás refrigerante e termostato. Os componentes acima descritos estão unidos entre si por meio de tubulações, dentro das quais circula um fluido refrigerante ecológico (R-134a - tetrafluoretano, é o mais comum). A compressão e a expansão desse fluido refrigerante, dentro de um circuito fechado, o torna capaz de retirar calor de um ambiente. Esse circuito deve estar hermeticamente selado, não permitindo a fuga do refrigerante. Nos refrigeradores e freezers, o compressor e o motor estão hermeticamente fechados em uma mesma carcaça

Compressor: É um conjunto mecânico constituído de um motor elétrico e pistão no interior de um cilindro. Sua função é fazer o fluido refrigerante circular dentro do sistema de refrigeração. Durante o processo de compressão, a pressão e a temperatura do fluido refrigerante se elevam rapidamente

Condensador: É o elemento do sistema de refrigeração que se encontra instalado e conectado imediatamente após o ponto de descarga do compressor. Sua função é transformar o fluido refrigerante em líquido. Devido à redução de sua temperatura, ocorre mudança de estado físico, passando de vapor superaquecido para líquido saturado. São constituídos por tubos metálicos (cobre, alumínio ou ferro) dispostos sobre chapas ou fixos por aletas (arame de aço ou lâminas de alumínio), tomando a forma de serpentina.

A circulação do ar através do condensador pode se dar de duas maneiras: a) Por circulação natural (sistemas domésticos) b) Por circulação forçada (sistemas comerciais de grande capacidade). Como o condensador está exposto ao ambiente, cuja temperatura é inferior à temperatura do refrigerante em circulação, o calor vai sendo dissipado para esse mesmo ambiente. Assim, na medida em que o fluido refrigerante perde calor ao circular pelo condensador, ele se converte em líquido.

Nos refrigeradores tipo doméstico e freezers utilizados pelo PNI, são predominantemente utilizados os condensadores estáticos, nos quais o ar e a temperatura ambiente são os únicos fatores de interferência. As placas, ranhuras e pequenos tubos incorporados aos condensadores, visam exclusivamente facilitar a dissipação do calor, aumentando a superfície de resfriamento.

Olhando-se lateralmente um refrigerador tipo doméstico verifica-se que o condensador está localizado na parte posterior, afastado do corpo do refrigerador. O calor é dissipado para o ar circulante que sobe em corrente, dos lados do evaporador. Para que este ciclo seja completado com maior facilidade e sem interferên-

Programa Nacional de Imunização

Vacinação e atenção básica

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida em 2006, caracteriza a atenção básica como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada a partir de 1994, é a estratégia adotada na perspectiva de organizar e fortalecer esse primeiro nível de atenção, organizando os serviços e orientando a prática profissional de atenção à família. No contexto da vacinação, a equipe da ESF realiza a verificação da caderneta e a situação vacinal e encaminha a população à unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação. É fundamental que haja integração entre a equipe da sala de vacinação e as demais equipes de saúde, no sentido de evitar as oportunidades perdidas de vacinação, que se caracterizam pelo fato de o indivíduo ser atendido em outros setores da unidade de saúde sem que seja verificada sua situação vacinal ou haja encaminhamento à sala de vacinação.

Calendário Nacional de Vacinação

As vacinas ofertadas na rotina dos serviços de saúde são definidas nos calendários de vacinação, nos quais estão estabelecidos:

- os tipos de vacina;
- o número de doses do esquema básico e dos reforços;
- a idade para a administração de cada dose; e
- o intervalo entre uma dose e outra no caso do imunobiológico cuja proteção exija mais de uma dose. Considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, o PNI define calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas. As vacinas recomendadas para as crianças têm por objetivo proteger esse grupo o mais precocemente possível, garantindo o esquema básico completo no primeiro ano de vida e os reforços e as demais vacinações nos anos posteriores.

Os calendários de vacinação estão regulamentados pela Portaria ministerial nº 1.498, de 19 de julho de 2013, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional, sendo atualizados sistematicamente por meio de informes e notas técnicas pela CGPNI. Nas unidades de saúde, os calendários e os esquemas vacinais para cada grupo-alvo devem estar disponíveis para consulta e afixados em local visível.

Fatores que influenciam a resposta imune

Fatores relacionados ao vacinado

- Idade
- Gestação
- Amamentação
- Reação Anafilática
- Paciente Imunodeprimido
- Uso de Antitérmico Profilático.

Equipe de vacinação e funções básicas

As atividades da sala de vacinação são desenvolvidas pela equipe de enfermagem treinada e capacitada para os procedimentos de manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação.

A equipe de vacinação é formada pelo enfermeiro e pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, sendo ideal a presença de dois vacinadores para cada turno de trabalho. O tamanho da equipe depende do porte do serviço de saúde, bem como do tamanho da população do território sob sua responsabilidade.

Tal dimensionamento também pode ser definido com base na previsão de que um vacinador pode administrar com segurança cerca de 30 doses de vacinas injetáveis ou 90 doses de vacinas administradas pela via oral por hora de trabalho.

A equipe de vacinação participa ainda da compreensão da situação epidemiológica da área de abrangência na qual o serviço de vacinação está inserido, para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, quando necessário.

O enfermeiro é responsável pela supervisão ou pelo monitoramento do trabalho desenvolvido na sala de vacinação e pelo processo de educação permanente da equipe.

Organização e funcionamento da sala de vacinação

Especificidades da sala de vacinação

A sala de vacinação é classificada como área semicrítica. Deve ser destinada exclusivamente à administração dos imunobiológicos, devendo-se considerar os diversos calendários de vacinação existentes. Na sala de vacinação, é importante que todos os procedimentos desenvolvidos promovam a máxima segurança, reduzindo o risco de contaminação para os indivíduos vacinados e também para a equipe de vacinação. Para tanto, é necessário cumprir as seguintes especificidades e condições em relação ao ambiente e às instalações:

- Sala com área mínima de 6 m². Contudo, recomenda-se uma área média a partir de 9 m² para a adequada disposição dos equipamentos e dos mobiliários e o fluxo de movimentação em condições ideais para a realização das atividades.
- Piso e paredes lisos, contínuos (sem frestas) e laváveis.
- Portas e janelas pintadas com tinta lavável.
- Portas de entrada e saída independentes, quando possível.
- Teto com acabamento resistente à lavagem.
- Bancada feita de material não poroso para o preparo dos insumos durante os procedimentos.
- Pia para a lavagem dos materiais.
- Pia específica para uso dos profissionais na higienização das mãos antes e depois do atendimento ao usuário.
- Nível de iluminação (natural e artificial), temperatura, umidade e ventilação natural em condições adequadas para o desempenho das atividades.
- Tomada exclusiva para cada equipamento elétrico
- Equipamentos de refrigeração utilizados exclusivamente para conservação de vacinas, soros e imunoglobulinas, conforme as normas do PNI nas três esferas de gestão.
 - Equipamentos de refrigeração protegidos da incidência de luz solar direta.
 - Sala de vacinação mantida em condições de higiene e limpeza.

Administração dos imunobiológicos

Na administração dos imunobiológicos, adote os seguintes procedimentos:

- Verifique qual imunobiológico deve ser administrado, conforme indicado no documento pessoal de registro da vacinação (cartão ou caderneta) ou conforme indicação médica.

CONSIDERANDO a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

CONSIDERANDO as sugestões apresentadas na Assembleia Extraordinária de Presidentes dos Conselhos Regionais de Enfermagem, ocorrida na sede do Cofen, em Brasília, Distrito Federal, no dia 18 de julho de 2017, e

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem em sua 491ª Reunião Ordinária,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen (www.cofen.gov.br).

Art. 2º Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrizes e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem.

Art. 3º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 4º Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por proposta de 2/3 dos Conselheiros Efetivos do Conselho Federal ou mediante proposta de 2/3 dos Conselhos Regionais.

Parágrafo Único. A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais, sob a coordenação geral do Conselho Federal de Enfermagem, em formato de Conferência Nacional, precedida de Conferências Regionais.

Art. 5º A presente Resolução entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.

Brasília, 6 de novembro de 2017.

ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

PREÂMBULO

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos.

Sobretudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

CAPÍTULO I DOS DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

Art. 3º Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 5º Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.