

RIOSAUDE – Empresa Pública de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

RIOSAUDE – RJ

Técnico de Enfermagem

DZ010-N9

Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

RIOSAUDE - Empresa Pública de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Técnico de Enfermagem

EDITAL CVL/SUBSC Nº 238, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2019

AUTORES

Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida
Conhecimentos Específicos - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Robson Silva
Leandro Filho

DIAGRAMAÇÃO

Renato Vilela

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br
sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:
www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!
Você já pode acessar os conteúdos online.

SUMÁRIO

POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes do SUS.....	01
Política Nacional de Promoção da Saúde.....	17
Política Nacional de Humanização.....	22

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Guia de Vigilância em Saúde.....	01
Calendário de Vacinação da criança.....	06
Novo Código de Ética de Enfermagem, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem.....	09
Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem: Saúde Coletiva.....	16
Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.....	17
Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem: Saúde do Adulto.....	26
Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem: Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.....	28
Fundamentos de Enfermagem.....	49

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Guia de Vigilância em Saúde.....	01
Calendário de Vacinação da criança.....	06
Novo Código de Ética de Enfermagem, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem.....	09
Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem: Saúde Coletiva.....	16
Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.....	17
Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem: Saúde do Adulto.....	26
Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem: Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.....	28
Fundamentos de Enfermagem.....	49

Vigilância em Saúde

Maurício Monken Carlos Batistella

Aspectos Históricos

A expressão 'vigilância em saúde' remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem – do latim *vigilare* – significa, de acordo com o *Dicionário Aurélio*, observar atentamente, estar atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se.

No campo da saúde, a 'vigilância' está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças.

O isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens (Rosen, 1994; Scliar, 2002; Brasil, 2005). No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades deslocava-se do isolamento para a quarentena. Três experiências iniciadas no século XVIII, na Europa, irão constituir os elementos centrais das atuais práticas da 'vigilância em saúde': a medicina de estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra (Foucault, 1982).

O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia, em meados do século XIX, resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (Brasil, 2005). Surge, então, em saúde pública, o conceito de 'vigilância', definido pela específica, mas limitada, função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas 'doenças pestilenciais' (Waldman, 1998).

A partir da década de 1950, o conceito de 'vigilância' é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da 'observação sistemática de contatos de doentes', para ter significado mais amplo, o de 'acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade', com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1998).

Em 1963, Alexander Langmuir, conceituou 'vigilância em saúde' como a "observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la" (Brasil, 2005).

Esta noção de 'vigilância', ainda presente nos dias atuais, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringe-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (Waldman, 1998).

Em 1964, Karel Raska, propõe o qualificativo 'epidemiológica' ao conceito de 'vigilância' – designação consagrada no ano seguinte com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1968, a 21ª Assembleia Mundial da Saúde promove ampla discussão sobre a aplicação da 'vigilância' no campo da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente desse instrumento, com recomendação de sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde (Waldman, 1998).

Um dos principais fatores que propiciaram a disseminação da 'vigilância' como instrumento em todo o mundo foi a 'campanha de erradicação da varíola', nas décadas de 1960 e 1970. Neste período, no Brasil, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (1975), se dá através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. No caso da vigilância ambiental, começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - VIGISUS (Brasil, 1998; EPSJV, 2002).

O Debate Atual

As discussões que se intensificaram a partir da década de 1990 em torno da reorganização do sistema de 'vigilância epidemiológica', tornando possível conceber a proposta de ação baseada na 'vigilância da saúde', continham pelo menos três elementos que deveriam estar integrados: 1) a 'vigilância' de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela 'vigilância epidemiológica'; 2) a 'vigilância' de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela 'vigilância sanitária'; 3) a 'vigilância' de exposições, através do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da 'vigilância ambiental' (Freitas & Freitas, 2005; EPSJV, 2002).

No Brasil, o processo de implantação dos distritos sanitários buscava organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Teixeira, 2000). Naquele momento, a preocupação incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população.

A excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de 'vigilância' (epidemiológica, sanitária e ambiental) também é criticada no âmbito de sua construção conceitual.

Três vertentes apontam diferentes concepções em torno da noção de 'vigilância em saúde': uma primeira, que a entende como sinônimo de 'análise de situações de saúde', embora amplie o objeto da 'vigilância epidemiológica', abarcando não só as doenças transmissíveis

não incorporam as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. A segunda vertente concebe a 'vigilância em saúde' como integração institucional entre a 'vigilância epidemiológica' e a 'vigilância sanitária', resultando em reformas administrativas e, em alguns casos, no fortalecimento das ações de 'vigilância sanitária' e na articulação com os centros de saúde. Por fim, a terceira noção concebe a 'vigilância em saúde' como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998). Nesta última concepção são revistos os sujeitos, os objetos, meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos.

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais. Os modelos hegemônicos atuais – o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitário, baseado em campanhas, programas e em ações de 'vigilância epidemiológica' e 'sanitária' – não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.

A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégia para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.

A 'vigilância em saúde', entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Entendida como uma 'proposta de ação' e uma 'área de práticas', a 'vigilância em saúde' apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersectorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (Paim & Almeida Filho, 2000).

Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia crítica, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a 'vigilância em saúde' recorre a uma 'associação de tecnologias' (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes socioambientais da saúde. Como combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, a 'vigilância em

saúde' tem sido reconhecida como um 'modelo de atenção' ou como um 'modo tecnológico de intervenção em saúde' (Paim & Almeida Filho, 2000) ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade.

O pensar sistemático sobre o conhecimento, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio 'informação-decisão-ação', dimensões estratégicas para o planejamento. Esta reflexão coloca tanto para o diagnóstico quanto para a ação a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Portanto, os processos de trabalho da 'vigilância em saúde' apontam para o desenvolvimento de ações intersectoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores.

Para Carvalho (2005), embora a corrente da 'vigilância em saúde' venha contribuindo para a consolidação do SUS e aponte corretamente para a reorganização do modelo assistencial, é preciso indicar suas debilidades teóricas e práticas. A 'vigilância em saúde' tenderia a desconsiderar a importância do saber clínico acumulado ao longo da história, dando ênfase demasiada ao papel da epidemiologia e do planejamento na determinação das necessidades de saúde. O autor assinala ainda a subordinação do universo do sofrimento à lógica dos fatores e condições de risco presente na proposta da 'vigilância em saúde'. Em nome do coletivo, esta tenderia a desconsiderar os planos do desejo e do interesse individual que conformam o sujeito. Por fim, à ênfase dada ao método epidemiológico na priorização dos problemas de saúde põe em questão a afirmação de que a 'vigilância em saúde' teria como objeto a saúde e não a doença.

Outra vertente de crítica diz respeito à intersetorialidade. Para Lefèvre e Lefèvre (2004), ao afirmar que a saúde é responsabilidade de todos os setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente etc.), a 'vigilância em saúde' esvaziaria a ação específica do setor saúde em detrimento de ações políticas globais com alto grau de generalidade.

A Área de Educação Profissional em Vigilância em Saúde

A crescente responsabilização dos municípios na organização das ações básicas de 'vigilância em saúde', conforme disposto no Pacto de Gestão (Brasil, 2006), vem indicando ao sistema de saúde a necessidade de formação dos trabalhadores desta área. A constituição e a consolidação próprias de cada uma das estruturas operacionais da 'vigilância em saúde' (epidemiológica, sanitária e ambiental) têm como legado a fragmentação institucional das ações e dos processos formativos. Quando organizadas em bases de conhecimentos e de práticas aparentemente independentes, as 'vigilâncias' desperdiçam um extraordinário potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes da produção social de saúde e doença.

A formulação de propostas para a educação profissional em saúde, muito embora possa representar importante colaboração para as mudanças almejadas, sempre encontrará limitações dadas pela própria cultura institucional e a organização das práticas de saúde. Para Paim & Almeida-Filho (2000, p. 81), "a revisão e o desenvolvimento curricular podem ser medidas necessárias

para a reatualização das instituições de ensino face à reorganização das práticas de saúde, porém insuficientes para alterar o modo de produção dos agentes”.

A formação para o trabalho na ‘vigilância em saúde’ deve ter a pesquisa como eixo central para a realização da prática estratégica – informação/decisão/ação, através do reconhecimento do território/população, do domínio do planejamento como ferramenta capaz de mobilizar os diversos atores na resolução dos problemas identificados e da ação comunicativa (Paim & Almeida Filho, 2000).

Do mesmo modo, é importante adotar como referência para o projeto educativo o conceito de prática de saúde, o que significa privilegiar, num primeiro momento, as dimensões objetivas do processo de trabalho (objetos, meios e atividades), valorizando as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas assim como os aspectos simbólicos e as representações embutidas na interação dos agentes entre si, destes com segmentos da população e de ambos com as organizações e instituições (Paim & Almeida Filho, 2000).

Se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Cumpre assim aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes, surgidas na conjuntura, buscando constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos.

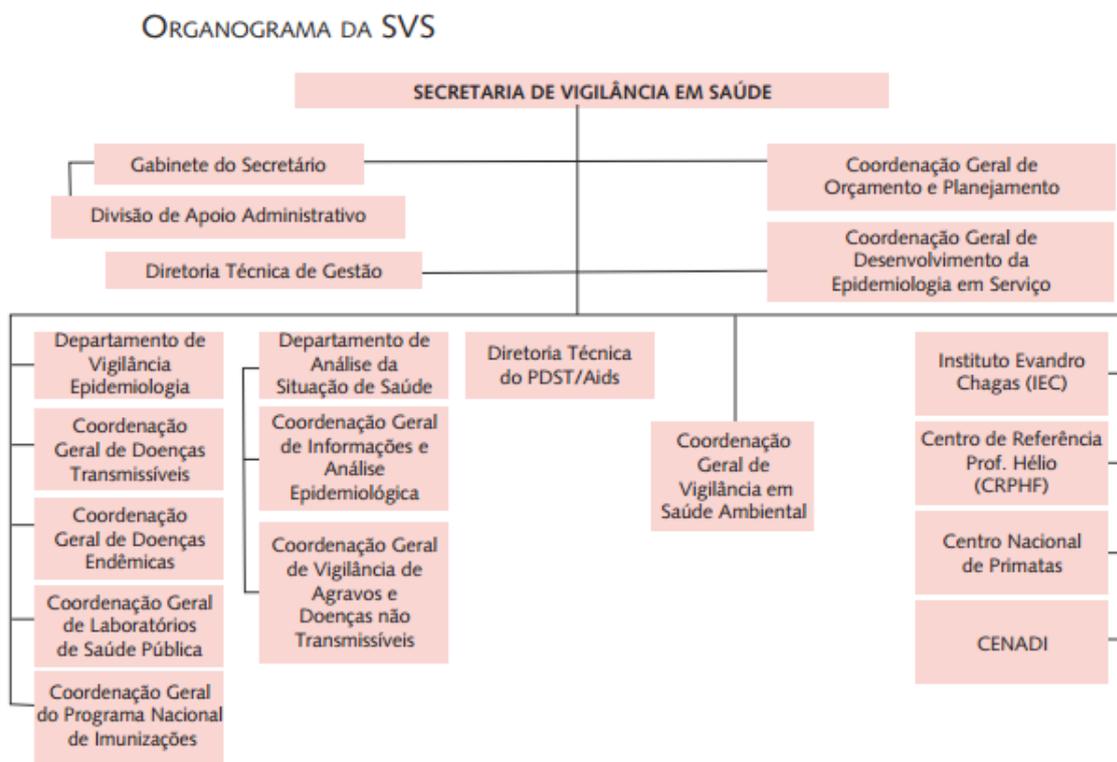
Conceito de Vigilância em Saúde segundo Conass.

O conceito de Vigilância em Saúde tem como pressuposto não só a vigilância de doenças transmissíveis, mas também, a prevenção e o controle de fatores de risco de doenças não transmissíveis e riscos ambientais. Neste sentido, torna-se imperiosa integração destas ações em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

A Vigilância em Saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde.

Para tal, precisamos superar a visão isolada e fragmentada na formulação das políticas de saúde e na organização das ações e dos serviços. É fundamental proceder à análise dos problemas de saúde da população, incorporando o maior conhecimento possível e integrando a área da assistência ao modelo epidemiológico adotado.

No âmbito da Saúde Ambiental e da Saúde do Trabalhador, precisamos desenvolver estratégias intersetoriais e intra-setoriais, pois se trata de um conjunto de ações que visam conhecer, detectar e prevenir mudanças em fatores determinantes e condicionantes que por interagir, interferem na saúde do homem.



Fonte: Vigilância em Saúde. Coleção pro-gestores | para entender a gestão do SUS,

A alteração na denominação correspondeu a uma importante mudança institucional, de reunir todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura, e consolidar o processo de ampliação do objeto da vigilância. O objetivo é buscar responder melhor aos desafios colocados pelo perfil epidemiológico complexo que se apresenta na atualidade.

A adoção do conceito de vigilância em saúde procurou simbolizar essa nova abordagem, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica, tal como foi efetivamente construída no país, desde a década de 1970, incluindo:

- a) a vigilância das doenças transmissíveis;
- b) a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco;
- c) a vigilância ambiental em saúde; e
- d) a vigilância da situação de saúde, correspondendo a uma das aplicações da área também denominada como análise de situação de saúde (SILVA JÚNIOR, 2004).

A Portaria GM/MS n. 1.172, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004), que atualizou a Portaria GM/MS n. 1.399/99, passou a utilizar a denominação de vigilância em saúde, em substituição a anterior epidemiologia e controle de doenças. Com essa mudança, ficou estabelecida uma maior coerência com a própria estrutura atual do Ministério da Saúde e com processos similares que estão ocorrendo também nas Secretarias Estaduais e Municipais.

Entre 1991 e 2000, o acesso ao saneamento básico na área urbana foi ampliado para grande parcela da população brasileira (Tabela 1). A prevalência percentual da população urbana sem acesso às instalações sanitárias reduziu de 4,3%, em 1991 para 2,5%, em 2000. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste que já apresentavam valores baixos em 1991 reduziram ainda mais o percentual de suas populações urbanas sem acesso às instalações sanitárias em 2000. A região Nordeste ainda apresenta 6,2% de sua população urbana sem instalações sanitárias. Os diferenciais entre as regiões aumentaram no período. Em 1991, a região Nordeste apresentou uma prevalência da população urbana sem instalação sanitária 5,9 vezes, maior do que na região Sul. Já em 2000, essa razão de prevalências foi de 10,3.

Tabela 1

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO URBANA SEM INSTALAÇÃO SANITÁRIA, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 1991 E 2000.

Região	1991	2000	% variação
Região Norte	4,4	4,0	-10,7
Região Nordeste	9,5	6,2	-34,7
Região Sudeste	1,6	0,6	-61,0
Região Sul	2,3	0,8	-66,2
Região Centro-Oeste	3,4	1,5	-55,5
Brasil	4,3	2,5	-41,1
Razão de prevalências*	5,9	10,3	-

Fonte: IBGE

* Razão das proporções entre as regiões Nordeste e Sul do Brasil.

No Brasil, a prevalência da população residente com acesso à rede geral de água no domicílio e/ou propriedade/terreno ampliou de 67,5%, em 1991, para 75,2%, em 2000 (Tabela 2). No período analisado (1991 a 2000), a região Nordeste foi a que apresentou maior incremento desse indicador (25,8%). A região Norte apresentou incremento de apenas, 7,8% desse indicador no período de 1991 a 2000, culminando com o menor percentual da população residente com acesso à rede geral de água canalizada em 2000 (46,5%) quando comparada às demais regiões. Os diferenciais entre as regiões brasileiras em relação a esse indicador são persistentes, sendo que a região Sudeste apresenta uma prevalência quase duas vezes maior (1,9) que aquela apresentada pela região Norte, tanto no ano de 1991 como no ano de 2000.

Tabela 2

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM REDE GERAL DE ÁGUA CANALIZADA EM PELO MENOS UM CÔMODO E/OU NA PROPRIEDADE/TERRENO, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 1991 E 2000.

Região	1991	2000	% variação
Região Norte	43,14	46,52	7,85
Região Nordeste	51,01	64,18	25,81
Região Sudeste	82,74	86,98	5,12
Região Sul	68,28	78,46	14,91
Região Centro-Oeste	64,54	71,83	11,29
Brasil	67,50	75,20	11,40
Razão de prevalências*	1,9	1,9	-

Fonte: IBGE

* Razão das proporções entre as regiões Sudeste e Norte do Brasil.

A escolaridade persiste, ainda nos dias de hoje, como um dos principais fatores associados à saúde e ao bem estar das populações brasileiras. Têm sido descritas associações entre baixos níveis de escolaridade das populações dos estados e municípios brasileiros e maior risco de morte infantil, maior risco de morte por causas externas e maior risco de doenças infecciosas (BRASIL, 2004-2005; DUARTE et al., 2002).

Foram observados ganhos expressivos na proporção de adultos (20 anos ou mais de idade) alfabetizados de 1991 (78,9%) a 2000 (84,8%) (Tabela 3). As regiões Nordeste e Norte foram as que apresentaram maiores incrementos desse indicador, apresentando um aumento relativo da proporção de população adulta alfabetizada de 17% e 11% respectivamente, no período analisado. Como maior incremento desse indicador foi observado nas regiões com mais baixos valores do indicador em 1991, as discrepâncias regionais (razão entre região Sul e Nordeste) reduziram ligeiramente, p

Tabela 3

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM 20 ANOS DE IDADE OU MAIS ALFABETIZADA, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 1991 E 2000.

Região	1991	2000	% variação
Região Norte	73,35	81,45	11,0
Região Nordeste	60,28	70,53	17,0
Região Sudeste	86,87	90,89	4,6
Região Sul	86,82	91,38	5,2
Região Centro-Oeste	81,41	87,71	7,7
Brasil	78,88	84,84	7,6
Razão de prevalências*	1,4	1,3	-

Fonte: IBGE

* Razão das proporções entre as regiões Sul e Nordeste do Brasil.

Igualmente aos demais indicadores analisados, também os serviços de coleta de lixo tiveram ampliação de suas coberturas nas regiões brasileiras (Tabela 4), atingindo 71% da população brasileira em 2000. As regiões Norte e Nordeste, apesar de apresentarem cerca de apenas metade de sua população com acesso aos serviços de coleta de lixo,

foram também as que apresentaram maiores incrementos desse serviço no período de 1991 a 2000. Devido a esse fato, a desigualdade regional quanto a esse indicador reduziu de 2,5 (excesso de cobertura da população com serviços de coleta de lixo na região Sudeste em relação à região Norte) em 1991, para 1,7, em 2000.

Tabela 4

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM LIXO COLETADO POR SERVIÇO DE LIMPEZA, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 1991 E 2000.

Região	1991	2000	% variação
Região Norte	29,0	49,0	69,09
Região Nordeste	32,4	50,2	55,06
Região Sudeste	72,1	84,6	17,30
Região Sul	63,1	79,7	26,24
Região Centro-Oeste	59,2	77,3	30,52
Brasil	55,5	71,0	27,96
Razão de prevalências*	2,5	1,7	-

Fonte: IBGE

* Razão das proporções entre as regiões Sudeste e Norte do Brasil.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

Programa Nacional de Imunização

O Programa Nacional de Imunizações foi criado em 1973 e, com os avanços obtidos, o país convive com um cenário de reduzida ocorrência de óbitos por doenças imunopreveníveis.

O País investiu recursos vultosos na adequação de sua Rede de Frio, na vigilância de eventos adversos pós-vacinais, na universalidade de atendimento, nos seus sistemas de informação, descentralizou as ações e garantiu capacitação e atualização técnico-gerencial para seus gestores, em todas as esferas.

Entre as realizações do PNI estão a bem-sucedida Campanha da Erradicação da Varíola (CEV), que recebeu a certificação de desaparecimento da doença por comissão da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 1994, o Brasil recebeu a certificação do bloqueio da transmissão autóctone do poliovírus selvagem. O último caso brasileiro ocorreu em 1989, na Paraíba.

Destaca-se também o controle do sarampo, ainda hoje uma das doenças que mais afetam e matam crianças em países com altos índices de pobres e miseráveis em suas populações. Em 1992, foi iniciado o Plano de Controle e Eliminação do Sarampo, com ações de imunização e a vigilância epidemiológica da doença em todo o país. Hoje, pode-se afirmar que o sarampo é uma doença em processo de eliminação no Brasil, mas estratégias vêm sendo implementadas em vigilância e imunizações, visando a manutenção dessa situação, uma vez que o país registra intenso fluxo de viajantes internacionais, e o sarampo circula em todo o mundo.

Hoje, o Programa apresenta um novo perfil gerencial, com integração entre as três esferas de governo, que discutem juntos normas, definições, metas e resultados, propiciando a modernização continuada de sua infraestrutura e operacionalização.

PORTARIA Nº 1.498, DE 19 DE JULHO DE 2013

Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição.

Considerando a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações (PNI), estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências;

Considerando o disposto nos arts. 27 e 29 do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 1975;

Considerando o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 254/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando a Portaria nº 104/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde; e

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC) nº 64, de 28 de dezembro de 2012, que publica a Lista das Denominações Comuns Brasileiras (DCB) da Farmacopeia Brasileira, resolve:

Art. 1º Esta Portaria redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional.

Art. 2º Os Calendários e as Campanhas Nacionais de Vacinação têm por objetivo o controle, a eliminação e a erradicação de doenças imunopreveníveis.

§ 1º O Calendário Nacional de Vacinação será adotado de acordo com o disposto no Anexo I.

§ 2º O Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas será adotado de acordo com o disposto no Anexo II.

§ 3º As Campanhas Nacionais de Vacinação serão adotadas de acordo com o disposto no Anexo III.

Art. 3º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão os Calendários Nacionais de Vacinação para execução das ações de vacinação.

Art. 4º Compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) a execução das ações de vacinação nas áreas indígenas.

Art. 5º O Ministério da Saúde será responsável pela aquisição e pelo fornecimento às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios das vacinas preconizadas nos Calendários e nas Campanhas Nacionais de Vacinação de que trata esta Portaria.

Parágrafo único. Os insumos necessários ao atendimento dos Calendários e das Campanhas Nacionais de Vacinação, quais sejam seringas, agulhas e impressos para registro das atividades de vacinação, serão fornecidos às unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com as competências de cada esfera de direção do SUS.

Art. 6º Compete às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a gestão da Rede de Frio.

Parágrafo único. Para fins do disposto nesta Portaria, considera-se Rede de Frio o processo de armazenamento, conservação, manuseio, distribuição e transporte de imunobiológicos, sendo composta por:

I - equipe técnica qualificada para execução de suas atividades;

II - equipamentos para execução de suas atividades;

III - procedimentos padronizados para manutenção das condições adequadas de refrigeração e das características dos imunobiológicos, desde o laboratório produtor até o momento de sua administração.

Art. 7º O registro das informações quanto às vacinas administradas será feito nos instrumentos padronizados no âmbito do PNI, obedecendo-se ao fluxo e à periodicidade ali definidos, sendo responsabilidade:

I - das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, no que se refere ao registro no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI); e

II - da SESA/MS, no que se refere ao registro no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

Art. 8º A comprovação da vacinação será feita por meio do cartão ou caderneta de vacinação, emitido pelas unidades de saúde públicas e privadas, devidamente credenciadas no âmbito do SUS, contendo as seguintes informações:

I - nome da vacina;

II - data;

III - número do lote;

IV - laboratório produtor;

V - unidade vacinadora;

VI - nome do vacinador.

Art. 9º Fica a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) autorizada a editar normas complementares a esta Portaria e adotar as medidas necessárias para a implantação e o cumprimento do Calendário Nacional de Vacinação, do Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e das Campanhas Nacionais de Vacinação.

Art. 10. O Ministério da Saúde disponibilizará manual instrutivo com normatizações técnicas sobre o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, cujo conteúdo encontra-se disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs.

Art. 11. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 1.946/GM/MS, de 19 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 137, Seção 1, do dia seguinte, pág. 38;

II - a Portaria nº 3.318/GM/MS, de 28 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 208, Seção 1, do dia seguinte, pág. 105.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Criança

Para vacinar, basta levar a criança a um posto ou Unidade Básica de Saúde (UBS) com o cartão/caderneta da criança. O ideal é que cada dose seja administrada na idade recomendada. Entretanto, se perdeu o prazo para alguma dose é importante voltar à unidade de saúde para atualizar as vacinas. A maioria das vacinas disponíveis no Calendário Nacional de Vacinação é destinada a crianças. São 15 vacinas, aplicadas antes dos 10 anos de idade.

Ao Nascer	BCG (Bacilo Calmette-Guerin) – (previne as formas graves de tuberculose, principalmente miliar e meningea) - dose única - dose única Hepatite B – (previne a hepatite B) - dose ao nascer
2 Meses	Penta (previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B) – 1ª dose Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP) (previne a poliomielite) – 1ª dose Pneumocócica 10 Valente (conjugada) (previne a pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – 1ª dose Rotavírus humano (previne diarreia por rotavírus) – 1ª dose
3 Meses	Meningocócica C (conjugada) - (previne Doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C) – 1ª dose
4 Meses	Penta (previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B) – 2ª dose Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP) (previne a poliomielite) – 2ª dose Pneumocócica 10 Valente (conjugada) (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – 2ª dose Rotavírus humano (previne diarreia por rotavírus) – 2ª dose
5 Meses	Meningocócica C (conjugada) (previne doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C) – 2ª dose
6 Meses	Penta (previne difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pelo Haemophilus influenzae B) – 3ª dose Vacina Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP) - (previne poliomielite) – 3ª dose
9 Meses	Febre Amarela – uma dose (previne a febre amarela)

12 Meses	Tríplice viral (previne sarampo, caxumba e rubéola) – 1ª dose Pneumocócica 10 Valente (conjugada) - (previne pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo) – Reforço Meningocócica C (conjugada) (previne doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C) – Reforço
15 Meses	DTP (previne a difteria, tétano e coqueluche) – 1º reforço Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) (VOP) - (previne poliomielite) – 1º reforço Hepatite A – uma dose Tetra viral – (previne sarampo, rubéola, caxumba e varicela/catapora) - Uma dose
4 Anos	DTP (Previne a difteria, tétano e coqueluche) – 2º reforço Vacina Poliomielite 1 e 3 (atenuada) (VOP) – (previne poliomielite) - 2º reforço Varicela atenuada (previne varicela/catapora) – uma dose
	Atenção: Crianças de 6 meses a 5 anos (5 anos 11 meses e 29 dias) de idade deverão tomar uma ou duas doses da vacina influenza durante a Campanha Anual de Vacinação da Gripe

NOVO CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM, PARA OBSERVÂNCIA E RESPEITO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e CONSIDERANDO que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO que o Código de Deontologia de Enfermagem deve submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra (1949), cujos postulados estão contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras (1953, revisado em 2012);

CONSIDERANDO a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005);

CONSIDERANDO o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, reformulado em 2000 e 2007), as normas nacionais de pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 196/1996), revisadas pela Resolução nº 466/2012, e as normas internacionais sobre pesquisa envolvendo seres humanos;

CONSIDERANDO a proposta de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, consolidada na 1ª Conferência Nacional de Ética na Enfermagem – 1ª CONEENF, ocorrida no período de 07 a 09 de junho de 2017, em Brasília – DF, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e Coordenada pela Comissão Nacional de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituída pela Portaria Cofen nº 1.351/2016;

CONSIDERANDO a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

CONSIDERANDO a Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

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, Obstetrias 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.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA COREN-RO Nº 63592
Presidente

MARIA R. F. B. SAMPAIO COREN-PI Nº 19084
Primeira-Secretária

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 consideraram 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.