



# CAMPINAS-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS -  
SÃO PAULO

Enfermeiro

**EDITAL Nº 01/2023**

CÓD: SL-060JH-23  
7908433237402

## Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários) .....	7
2. Sinônimos e antônimos. Sentido próprio e figurado das palavras .....	9
3. Pontuação .....	10
4. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, artigo, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem. ....	12
5. Concordância verbal e nominal. ....	20
6. Regência verbal e nominal .....	21
7. Colocação pronominal .....	23
8. Crase .....	24

## Matemática e Raciocínio Lógico

1. Resolução de situações-problema, envolvendo: adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação ou radiciação com números racionais, nas suas representações fracionária ou decimal; .....	35
2. Mínimo múltiplo comum .....	40
3. Porcentagem .....	41
4. Razão e proporção; Regra de três simples .....	42
5. Equação do 1.º grau .....	44
6. Grandezas e medidas – quantidade, tempo, comprimento, superfície, capacidade e massa .....	45
7. Relação entre grandezas – tabela ou gráfico .....	51
8. Noções de geometria plana – forma, área, perímetro e Teorema de Pitágoras. ....	54
9. Raciocínio Lógico: Estruturas lógicas .....	56
10. lógicas de argumentação .....	57
11. diagramas lógicos .....	58
12. sequências. ....	59

## Legislação

1. Lei Federal nº 8.080/90 e alterações vigentes. ....	65
2. Lei Federal nº 8.142/90 .....	74
3. Estatuto do Servidor Público de Campinas – Lei Municipal nº 1.399/55 (Artigo 15 e artigos 184 a 204) .....	76
4. Decreto Municipal nº 21.019/20, que Regulamenta o Programa de Avaliação Probatória no Município de Campinas .....	78
5. Manual de Ética da Prefeitura Municipal de Campinas .....	83

## Conhecimentos Específicos

1. Política Nacional de Humanização do SUS .....	91
2. Política Nacional da Atenção Básica .....	96
3. Modelo de Saúde Estratégia de Saúde da Família .....	124

## ÍNDICE

4. Noções sobre Políticas de Saúde no Brasil.....	131
5. Ética profissional e responsabilidade civil/criminal .....	155
6. negligência, imperícia e imprudência .....	165
7. Trabalho em equipe multiprofissional .....	165
8. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem .....	166
9. Farmacologia aplicada à enfermagem em situações clínicas e cirúrgicas.....	166
10. Enfermagem em clínica médico-cirúrgica.....	176
11. Assistência de enfermagem nas doenças respiratórias, cardiovasculares, crônicas degenerativas, metabólicas, genitourinárias, musculoesqueléticas e transmissíveis.....	179
12. Assistência de enfermagem ao paciente crítico e semicrítico, nas urgências e emergências e nos transtornos mentais .....	196
13. Assistência de enfermagem à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso. Aleitamento materno, principais intercorrências na infância e principais riscos de doença na adolescência (IST, AIDS, sexualidade, gravidez, drogadição e violência).....	246
14. Conhecimento do Estatuto da Criança, do Adolescente e do Idoso .....	286
15. Planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e climatério, prevenção do câncer uterino e de mama. Relação binômio mãe-bebê.....	337
16. Vigilância alimentar e nutricional na Atenção Básica .....	368
17. Vigilância à saúde: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador .....	374
18. Programa Nacional de Imunização (PNI), gerenciamento, doenças de notificação compulsória, ações de controle e biossegurança .....	392
19. Administração e gerenciamento no serviço de enfermagem .....	405
20. Lei do Exercício Profissional .....	407
21. deontologia de enfermagem .....	408
22. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) .....	409
23. Responsabilidade Técnica .....	409
24. Visita domiciliar, ações educativas.....	410
25. Relação população/serviço de saúde.....	411
26. Relação paciente/profissional.....	412
27. Política Nacional de Saúde do Trabalhador.....	414
28. Higiene e Segurança do trabalho: acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho.....	414
29. Toxicologia Ambiental e Ocupacional .....	421
30. Educação para a Saúde: campanhas de prevenção de acidentes do trabalho.....	429
31. Psicopatologia do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico no trabalho .....	442
32. Ergonomia Aplicada ao Trabalho. Metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho.....	443
33. Gerenciamento de absenteísmo.....	444
34. Campanhas de Saúde e Promoção à Saúde.....	445
35. Normas Regulamentadoras (NR) 4 (SEMT), NR-7 (PCMSO), NR-5 (CIPA), NR-6 (EPI), NR-32 (Saúde e segurança nos serviços de Saúde) .....	458

Compreender um texto trata da análise e decodificação do que de fato está escrito, seja das frases ou das ideias presentes. Interpretar um texto, está ligado às conclusões que se pode chegar ao conectar as ideias do texto com a realidade. Interpretação trabalha com a subjetividade, com o que se entendeu sobre o texto.

Interpretar um texto permite a compreensão de todo e qualquer texto ou discurso e se amplia no entendimento da sua ideia principal. Compreender relações semânticas é uma competência imprescindível no mercado de trabalho e nos estudos.

Quando não se sabe interpretar corretamente um texto pode-se criar vários problemas, afetando não só o desenvolvimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

### Busca de sentidos

Para a busca de sentidos do texto, pode-se retirar do mesmo os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo. Isso auxiliará na apreensão do conteúdo exposto.

Isso porque é ali que se fazem necessários, estabelecem uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Por fim, concentre-se nas ideias que realmente foram explicitadas pelo autor. Textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Deve-se ater às ideias do autor, o que não quer dizer que o leitor precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não sejam criadas suposições vagas e inespecíficas.

### Importância da interpretação

A prática da leitura, seja por prazer, para estudar ou para se informar, aprimora o vocabulário e dinamiza o raciocínio e a interpretação. A leitura, além de favorecer o aprendizado de conteúdos específicos, aprimora a escrita.

Uma interpretação de texto assertiva depende de inúmeros fatores. Muitas vezes, apressados, descuidamo-nos dos detalhes presentes em um texto, achamos que apenas uma leitura já se faz suficiente. Interpretar exige paciência e, por isso, sempre releia o texto, pois a segunda leitura pode apresentar aspectos surpreendentes que não foram observados previamente. Para auxiliar na busca de sentidos do texto, pode-se também retirar dele os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo, isso certamente auxiliará na apreensão do conteúdo exposto. Lembre-se de que os parágrafos não estão organizados, pelo menos em um bom texto, de maneira aleatória, se estão no lugar que estão, é porque ali se fazem necessários, estabelecendo uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Concentre-se nas ideias que de fato foram explicitadas pelo autor: os textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Devemos nos ater às ideias do autor, isso não quer dizer que você precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não criemos, à revelia do autor, suposições vagas e inespecíficas. Ler com atenção é um exercício que deve ser praticado à exaustão, assim como uma técnica, que fará de nós leitores proficientes.

### Diferença entre compreensão e interpretação

A compreensão de um texto é fazer uma análise objetiva do texto e verificar o que realmente está escrito nele. Já a interpretação imagina o que as ideias do texto têm a ver com a realidade. O leitor tira conclusões subjetivas do texto.

Detecção de características e pormenores que identifiquem o texto dentro de um estilo de época

### Principais características do texto literário

Há diferença do texto literário em relação ao texto referencial, sobretudo, por sua carga estética. Esse tipo de texto exerce uma linguagem ficcional, além de fazer referência à função poética da linguagem.

Uma constante discussão sobre a função e a estrutura do texto literário existe, e também sobre a dificuldade de se entenderem os enigmas, as ambiguidades, as metáforas da literatura. São esses elementos que constituem o atrativo do texto literário: a escrita diferenciada, o trabalho com a palavra, seu aspecto conotativo, seus enigmas.

A literatura apresenta-se como o instrumento artístico de análise de mundo e de compreensão do homem. Cada época conceituou a literatura e suas funções de acordo com a realidade, o contexto histórico e cultural e, os anseios dos indivíduos daquele momento.

**Ficcionalidade:** os textos baseiam-se no real, transfigurando-o, recriando-o.

**Aspecto subjetivo:** o texto apresenta o olhar pessoal do artista, suas experiências e emoções.

**Ênfase na função poética da linguagem:** o texto literário manipula a palavra, revestindo-a de caráter artístico.

**Plurissignificação:** as palavras, no texto literário, assumem vários significados.

### Principais características do texto não literário

Apresenta peculiaridades em relação a linguagem literária, entre elas o emprego de uma linguagem convencional e denotativa.

Ela tem como função informar de maneira clara e sucinta, desconsiderando aspectos estilísticos próprios da linguagem literária.

Os diversos textos podem ser classificados de acordo com a linguagem utilizada. A linguagem de um texto está condicionada à sua funcionalidade. Quando pensamos nos diversos tipos e gêneros textuais, devemos pensar também na linguagem adequada a ser adotada em cada um deles. Para isso existem a linguagem literária e a linguagem não literária.

Diferente do que ocorre com os textos literários, nos quais há uma preocupação com o objeto linguístico e também com o estilo, os textos não literários apresentam características bem delimitadas para que possam cumprir sua principal missão, que é, na maioria das vezes, a de informar. Quando pensamos em informação, alguns elementos devem ser elencados, como a objetividade, a transparência e o compromisso com uma linguagem não literária, afastando assim possíveis equívocos na interpretação de um texto.

REGÊNCIA COM A PREPOSIÇÃO <u>POR</u>		
admiração por	devoção por	responsável por
ansioso por	respeito por	

REGÊNCIA COM A PREPOSIÇÃO <u>DE</u>					
amante de	cobiçoso de	digno de	inimigo de	natural de	sedento de
amigo de	contemporâneo de	dotado de	livre de	obrigação de	seguro de
ávido de	desejoso de	fácil de	longe de	orgulhoso de	sonho de
capaz de	diferente de	impossível de	louco de	passível de	
cheio de	difícil de	incapaz de	maior de	possível de	

REGÊNCIA COM A PREPOSIÇÃO <u>EM</u>				
doutor em	hábil em	interesse em	negligente em	primeiro em
exato em	incessante em	lento em	parco em	versado em
firme em	indeciso em	morador em	perito em	

REGÊNCIA COM A PREPOSIÇÃO <u>PARA</u>		
apto para	essencial para	mau para
bastante para	impróprio para	pronto para
bom para	inútil para	próprio para

REGÊNCIA COM A PREPOSIÇÃO <u>COM</u>			
amoroso com	compatível com	descontente com	intolerante com
aparentado com	cruel com	furioso com	liberal com
caritativo com	cuidadoso com	impaciente com	solícito com

#### — Regência Verbal

Os verbos são os termos regentes, enquanto os objetos (direto e indireto) e adjuntos adverbiais são os termos regidos. Um verbo possui a mesma regência do nome do qual deriva.

Observe as duas frases:

I – “Eles irão ao evento.” O verbo ir requer a preposição a (quem vai, vai a algum lugar), e isso o classifica como verbo transitivo direto; “ao evento” são os termos regidos pelo verbo, isto é, constituem seu complemento.

II – “Ela mora em região pantanosa.” O verbo morar exige a preposição em (quem mora mora em algum lugar), portanto, é verbo transitivo indireto.

VERBO	No sentido de / pela transitividade	REGE PREPOSIÇÃO?	EXEMPLO
Assistir	ajudar, dar assistência	NÃO	“Por favor, assista o time.”
	ver	SIM	“Você assistiu ao jogo?”
	pertencer	SIM	“Assiste aos cidadãos o direito de protestar.”
Custar	valor, preço	NÃO	“Esse imóvel custa caro.”
	desafio, dano, peso moral	SIM	“Dizer a verdade custou a ela.”
Proceder	fundamento / verbo intransitivo	NÃO	“Isso não procede.”
	origem	SIM	“Essa conclusão procede de muito vivência.”

Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Feitas essas considerações mais gerais, apresenta-se a discussão de elementos específicos presentes na nova PNAB, inventariando os riscos potenciais detectados para o SUS e seus princípios.

#### Relativização da cobertura

Como ressaltado, a universalidade é um princípio estruturante da atenção à saúde no âmbito do SUS, que, aliada à integralidade, tem distinguido a PNAB de conformações simplificadas e focalizantes de APS. Baseadas nesses princípios, as PNAB 2006 e 2011 vinham projetando a expansão da ESF, nas duas últimas décadas. Considerando este movimento, o tema da cobertura da AB destaca-se como um importante indicador da intencionalidade da PNAB 2017.

Retrospectivamente, percebe-se que, entre os itens necessários à implantação da ESF nas PNAB 2006 e 2011, encontrava-se uma única referência à cobertura universal. Ela se construiu de forma mediada, representada pela relação entre o número previsto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada. Nessas PNAB, constava que, para a implantação de EqSF, seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por EqSF. A PNAB 2011 acrescentou o alerta de que não se deveria ultrapassar o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando a preocupação com as condições que poderiam diretamente afetar a qualidade da atenção.

No texto da PNAB 2017, anterior à consulta pública, não há nenhuma referência à cobertura universal. A referência a 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas:

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos.

A flexibilização da cobertura populacional está relacionada também aos parâmetros da relação equipe/população apresentados no item 'Funcionamento'. Ali se lê que a população adscrita recomendada por equipe de AB e EqSF é de 2 mil a 3,5 mil pessoas. Entretanto, neste mesmo item, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de "outros arranjos de adscrição" 3(70), com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance "maior ou menor do que o parâmetro recomendado" 3(70). A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica assegurada a qualidade do cuidado.

Na PNAB 2011 havia a seguinte indicação: "quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe" 2(55). Segundo essa redação, o critério de flexibilização de parâmetros populacionais apontava claramente a intenção de favorecer aqueles que apresentassem maior necessidade de atenção. O mesmo não pode ser dito em relação à nova PNAB, que, mais uma vez, se descompromete a adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado. Ao

desconsiderar a relação entre quantidade e qualidade, a afirmação de que deve ser assegurada a qualidade do cuidado torna-se mera retórica.

A cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

Deste modo, pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o 'elo' entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Essas alterações articuladas abrem um precedente inédito na história da PNAB, que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS.

#### A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços

Pode-se dizer que, além da universalidade, outro princípio com o qual a PNAB 2017 se descompromete é o da integralidade. Isto se dá, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Estes padrões distinguem-se entre 'essenciais' e 'ampliados'.

Os padrões essenciais são 'as ações e os procedimentos básicos', que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo 'básico' se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Os padrões ampliados correspondem a ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando as especificidades locais e decisão da gestão.

Entretanto, tais padrões são apenas recomendados. A PNAB projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, que, como já advertido, tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Não há nenhum conteúdo especificado que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões. Não se sabe quais procedimentos e ações integram o padrão básico e, portanto, mantém-se a incerteza sobre a capacidade de esse padrão atender as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas na APS. Em relação ao padrão ampliado, cabe questionar: existem ações e cuidados que integram a AB hoje, e que podem ser negligenciados

Segundo Pinheiro (2008, p. 02), que os ordenamentos jurídicos devem reconhecer as exigências de dignidade, liberdade e igualdade humanas.

Segundo Silva (2004, p. 93), no que tange ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana: [...] “é um valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, desde o direito à vida” [...].

Valorizar os Direitos Humanos é valorizar o homem, é valorizar a vida. Para Montoro apud Marcilio e Pussoli (1998, p.15), “as pessoas não são sombras, não são aparências, são realidades concretas e vivas”.

Segundo Pinheiro (2008, p. 03), o reconhecimento da dignidade do ser humano como valor fundamental é de suprema importância e convivência para a elaboração de qualquer estudo sobre os Direitos Humanos. E nas palavras de Silva (2004, p. 105, grifo nosso), “valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem”.

Para Comparato, (2003, p. 57), os Direitos Humanos são inerentes ao próprio ser humano, sem estar conectado com qualquer particularidade de pessoas ou grupo. Não se pode falar em Direitos humanos sem abordar a dignidade e não se pode falar em dignidade sem abordar os Direitos Humanos.

#### O Direito Natural

Para entendermos o verdadeiro conceito de Direitos Humanos, e para fazermos uma correta contextualização histórica, mister se faz que entendamos a noção de Direito Natural.

Segundo Radbruch, (1979, p. 61-62): “O direito natural da antiguidade, por exemplo, girava em torno da antítese: natureza-normas; o da Idade Média, em torno da antítese direito divino-direito humano; o dos tempos modernos, em torno da antítese: direito positivo-razão individual”.

Disse Bobbio (1992, p. 117): [...] “o homem é um animal político que nasce num grupo social, a família, e aperfeiçoa sua própria natureza naquele gruposocial maior, auto-suficiente por si mesmo, que é a polis; e, ao mesmo tempo, era necessário que se considerasse o indivíduo em si mesmo, fora de qualquer vínculo social e político, num estado, como o estado de natureza”.

Prestar atenção no bem e evitar fazer o mal, é o preceito máximo do Direito Natural. O homem possui instinto de preservação, auto-conservação da espécie humana, união dos seres, formação da família, a busca pela verdade, participação na sociedade. A natural inclinação do homem. Assim, seria de Direito Natural essa natural inclinação da criatura humana, estabelecida pela natureza.

E nesse sentido disse Nader (1996, p. 124): “A lei natural, na filosofia tomista, é a participação da criatura racional na lei eterna. É um reflexo parcial da razão divina, que permite aos homens conhecer princípios da lei eterna”.

A teoria rousseauiana nos trouxe a noção de direitos naturais como aqueles cujo detentor era a criatura humana em seu estado de natureza primitivo. A criatura humana é constituída de vontade própria, e entende-se como liberdade negativa obedecer uma vontade estranha.

O homem sente horror inato ao sofrimento dos demais, além do egoísmo, era o que defendia Rousseau. Ainda segundo ele, não haveria espaço para a inveja, e nem a necessidade de lutar para se obter vantagens. O sentimento se sobrepunha a razão, com exceção dos perversos, o sofrimento alheios seria por demais doloroso para a criatura humana. Para Rousseau os homens seriam “naturalmente” bons, ou seja, bons na essência.

Para Rousseau o homem natural não era ser moral e nem depravado. Não era nem feliz ou infeliz. Logicamente essa teoria positiva de Rousseau sobre a criatura humana é muito contestada por vários pensadores. Mister se faz compreender a diferente análise do homem individualmente e do homem inserido na sociedade.

#### Os Direitos Humanos Na História

A ideia de Direitos Humanos é muito nova na história mundial. Mas muito antes de Cristo já existiam alguns mecanismos para a proteção do ser humano em relação ao Estado.

Na Antiguidade havia referência a um direito superior, não criado pelos homens, mas dado pelos deuses.

O homem, através de suas invenções, esteve sempre em busca de se livrar das opressões do meio natural.

Nos lembra Pinheiro (2008, p. 05), que com a aparição da propriedade privada, na Idade Média, dá-se o início uma forma social de subordinação e opressão, pois o proprietário passa a subordinar os vassallos. Isto faz com que surja um poder externo que acabaria se tornando político. E é esse momento da história que se dá o surgimento da escravidão sistemática, que está atrelada à aquisição de bens. Surge a necessidade do Estado se organizar como aparato necessário para dar sustentação a tal sistema de dominação. A apropriação privada faz nascer a proteção dos direitos fundamentais. Ainda segundo Pinheiro (2008, p. 05), o homem, ansiando por assegurar a sua liberdade, faz aparecer, como consequência dessa luta, as primeiras preocupações com os Direitos Humanos fundamentais.

Nos lembra pinheiro (2008, p. 06), que foi na idade Média que surgiu os antecedentes mais diretos das declarações de direitos, com a contribuição da teoria do direito natural. Podemos citar como exemplo a magna Carta (1215/1225), a Petition of Rights (1628), o Habeas Corpus Amendment Act (1679) e o Bill of Rights (1689), a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América (1776), a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), a Convenção de Genebra (1864), a Constituição Mexicana (1917), a Constituição de Welmar (1919), Carta das Nações Unidas (1945), e finalmente a mais aceita entre todas as nações a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948).

#### Declaração Universal Dos Direitos Humanos (1948)

Tecnicamente sem nenhuma força jurídica, apenas uma recomendação da assembléia Geral das Nações Unidas, e retomando as idéias da Revolução Francesa e, principalmente sob os impactos das perversidades cometidas na Segunda Guerra Mundial, foi redigida a Declaração dos Direitos Humanos a 10 de dezembro de 1948, tendo como reconhecimento a trindade de valores supremos a igualdade, fraternidade e liberdade entre os seres humanos.

Para Comparato (2003, p. 224), na elaboração da declaração houve um excesso de formalismo, uma vez que os Direitos Humanos são mais importantes que toda as declarações, constituições, leis ou tratados. Os Direitos Humanos são independentes.

Constatamos no seu artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Todos somos dotados de razão e devemos agir em relação uma das outras com espírito de fraternidade, ou seja, esta ai contida no artigo 1º a tríade igualdade, liberdade e fraternidade, mas constatamos que estes princípios são exercidos com plenitude apenas em nossos pensamentos. Pois impera na sociedade atual uma imensa desigualdade, principalmente no que tange a distribuição de rendas, que é tão desigual e desumana.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

II – a segurança e a proteção de pacientes, profissionais e visitantes, inclusive fornecendo equipamentos de proteção individual e coletiva.

Art. 8º A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser:

I – elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

II – aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia;

III – revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias;

IV – disponibilizadas para todos os profissionais da unidade.

Art. 9º A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas relacionadas a biossegurança, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

I – condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

II – instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);

III – procedimentos em caso de acidentes;

IV – manuseio e transporte de material e amostra biológica.

### SEÇÃO II INFRAESTRUTURA FÍSICA

Art. 10 Devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

Parágrafo único. A infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização.

Art. 11 As Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas.

§ 1º Caso essas unidades sejam contíguas, os ambientes de apoio podem ser compartilhados entre si.

§ 2º Nas UTI Pediátricas Mistas deve haver uma separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

### SEÇÃO III RECURSOS HUMANOS

Art. 12 As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI.

Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.

§ 1º O Responsável Técnico médico, os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ter título de especialista, conforme estabelecido pelos respectivos conselhos de classe e associações reconhecidas por estes para este fim. (Redação dada pela Resolução – RDC nº 137, de 8 de fevereiro de 2017)

§ 2º (Revogado pela Resolução – RDC nº 137, de 8 de fevereiro de 2017)

§ 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.

Art. 14 Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:

I – Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;

II – Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Redação dada pela Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012)

IV – Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;

V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno; (Redação dada pela Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012)

VI – Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;

VII – Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Art. 15 Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.

Art. 16 Todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B e outros imunobiológicos, de acordo com a NR 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde estabelecida pela Portaria MTE/GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005.

Art. 17 A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo:

I – normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade;

II – incorporação de novas tecnologias;

III – gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais.

IV – prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

§ 1º As atividades de educação continuada devem estar registradas, com data, carga horária e lista de participantes.

§ 2º Ao serem admitidos à UTI, os profissionais devem receber capacitação para atuar na unidade.

### SEÇÃO IV ACESSO A RECURSOS ASSISTENCIAIS

Art. 18 Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito:

I – assistência nutricional;

II – terapia nutricional (enteral e parenteral);

III – assistência farmacêutica;

IV – assistência fonoaudiológica;

V – assistência psicológica;