

# PROCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



*Enfermagem*

## Organização e Elaboração do Protocolo:

Adriano Da Silveira Maganbosco – Coordenador da Atenção primária

Eliane Aparecida Ribeiro Ciotta – Enfermeira da Epidemiologia

Bruna Bonatto<sup>1</sup> – Enfermeira ESF Dr Serafim Miron Martins

Fatima Ribeiro<sup>1</sup> – Enfermeira ESF Libera Rossoni

Josiane Greselle<sup>1</sup> – Enfermeira ESF Clemens Fiorelli

Maria Claudete Campos<sup>1</sup> – Enfermeira Unidade Basica São João

Nataly Evelin Cunha<sup>1</sup> – Enfermeira ESF Lino Zini

<sup>1</sup>Enfermeiros da Atenção Primária.

## SUMÁRIO

### Sumário

1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) .....	6
1.1 Introdução .....	6
2 OBJETIVOS .....	8
2.1 Objetivo Geral .....	8
3 UNIDADES DE ESF .....	10
4 EQUIPE DE ESF .....	13
4.1 Funções de Cada Profissional .....	13
4.1.1 Agente Comunitário de Saúde .....	13
4.1.2 Enfermeiro(a).....	13
4.1.3 Técnico e Auxiliar de Enfermagem .....	18
4.1.4 Médico – Medicina Comunitária .....	19
4.1.5 Dentista .....	20
4.2 ATENDIMENTO A DEMANDA .....	20
4.3 VISITAS DOMICILIARES.....	20
4.4 BUSCA ATIVA .....	21
4.5 PROGRAMAS.....	21
4.6 CONSULTA DE ENFERMAGEM .....	21
5 NORMAS PARA BIOSSEGURANÇA PARA ATENDIMENTO AOPACIENTE QUE APRESENTA RISCO DE CONTAMINAÇÃO.....	24
6 PROGRAMAS .....	26
6.1 Saúde da Criança.....	26
6.2 Marcos importantes no desenvolvimento do lactente .....	27
6.3 Hipertensão Arterial.....	28
6.4 Visita Domiciliar .....	29
6.5 Saúde da Mulher Gestante.....	33
Objetivo.....	33
6.6 Planejamento Familiar .....	35
6.7 Câncer Ginecológico .....	36
6.8 Doenças Sexualmente Transmissíveis .....	37

---

7 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA .....	46
ANEXOS .....	49

## LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
TABELA 02 – MEDICAMENTOS .....	16
TABELA 03 - MARCOS IMPORTANTES NO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE.....	26
TABELA 04: ROTEIRO DIAGNÓSTICO DO DIABETES.....	31
TABELA 05 – PERIODICIDADE DE CONSULTA GESTACIONAL .....	33
TABELA 06 – DST’S E RESPECTIVOS CID.....	41
TABELA 07 - CORRIMENTOS VAGINAIS.....	42

## 1 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

### 1.1 Introdução

Partindo da definição da palavra “Protocolo”, este é um instrumento normativo do processo de intervenção técnica e social que orienta os profissionais na realização de suas funções, e tem como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com cada realidade. O registro de atos (ações, procedimentos) se faz necessário para o processo de intervenção, abordagem de situações e problemas de saúde, instituídos como uma convenção com força reguladora do trabalho dos diferentes profissionais envolvidos no processo assistencial, no âmbito daquele serviço ou instituição que o adota. Trata-se de discriminar minuciosamente as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde, para que o profissional com responsabilidade, competência, respaldo, e segurança ofereça uma assistência ao usuário, respeitando os preceitos éticos e legais. A diversidade de procedimentos hoje disponíveis na saúde, a premente necessidade de organização dos serviços e o desenvolvimento de atitudes interdisciplinares exigem dos profissionais e gestores, a elaboração, a divulgação e a adoção de ferramentas que sejam capazes de instrumentalizar as ações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). As ações de saúde são sustentadas por processos de trabalho e procedimentos que envolvem a equipe multidisciplinar. Neste, ressalta-se a enfermagem, pois possui um papel fundamental na implementação das políticas públicas, além de representar quantitativamente a maior força de trabalho no contexto da saúde.

O Ministério da Saúde com a intenção de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolos clínicos e assistenciais, publicou, em 31/05/05, a Portaria nº. 816 (ver anexo I), instituindo o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde.

Direcionando a reflexão sobre as práticas de enfermagem nos serviços de saúde e da rede pública de Bituruna, assim como da necessidade de reestruturá-las, de forma a qualificar a assistência e garantir a segurança e os direitos dos usuários e dos profissionais de enfermagem, tornou-se necessária a elaboração deste documento, que visa apoiar os profissionais, frente às mudanças do modelo de atenção propostas pela Estratégia Saúde da Família.

As principais mudanças dizem respeito à responsabilização dos sujeitos, a construção e participação coletiva de trabalhadores e usuários e a integralização das ações através do trabalho interdisciplinar. Logo, a enfermagem necessita rever e adequar suas práticas em busca destes objetivos.

O processo de discussão e construção deste documento foi norteado pelos conceitos de campo, vigilância à saúde, interdisciplinaridade, intersetorialidade, equipe de referência, responsabilização e vínculo, com a intenção de organizar sob a ótica do ESF.

Dessa forma, propomos a sistematização da assistência de enfermagem ao longo do ciclo vital, partindo da readequação dos protocolos existentes, trabalhando com conceitos ampliados de indivíduo, família, buscando a integralidade na lógica da ampliação da clínica.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Atender a população coberta pela Estratégia Saúde da Família, através do protocolo de enfermagem devidamente estruturado e aprovado, proporcionando o bem social à comunidade conforme legislação brasileira.

### 2.2 Objetivos Específicos

TABELA 01 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

ATRIBUIÇÃO	AÇÃO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Gerenciar, supervisionar e organizar os serviços de Enfermagem;</li><li>• Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de Enfermagem;</li><li>• Proporcionar educação continuada e em serviço à equipe de Enfermagem nas tarefas relativas à assistência de Enfermagem;</li><li>• Realizar consulta de Enfermagem ao longo do ciclo vital;</li><li>• Realizar os cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participar de ações de Educação em saúde realizando grupos Educativos;</li><li>• Participar das atividades em vigilância à saúde;</li><li>• Participar do núcleo de saúde coletiva;</li><li>• Integrar a equipe de acolhimento, recebendo, executando, resolvendo e realizando o encaminhamento necessário; Apoiar a equipe de saúde;</li><li>• Participar da discussão e elaboração de projetos terapêuticos;</li><li>• Participar do processo de cadastramento e adscrição de clientela;</li><li>• Executar procedimentos básicos de enfermagem;</li><li>• Participar de atendimentos programáticos prestando assistência integral à saúde individual e coletiva ao longo</li></ul>

	<p>do ciclo vital;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Participar e estimular o controle social;</li><li>• Promover a intersetorialidade;</li><li>• Produzir conhecimentos técnicos, através da realização de pesquisas e estudos da ação profissional e utilizá-los como subsídios nas intervenções em saúde;</li><li>• Prescrever medicamentos e solicitar exames laboratoriais previstos em protocolos de saúde pública (em anexo).</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Atuar junto à equipe de referência.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participando da organização do processo de trabalho;</li><li>• Realizando o acolhimento;</li><li>• Participando da discussão e elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos.</li></ul>

### 3 UNIDADES DE ESF

ESFs com 100% de cobertura sendo que as divisões de área micro área é demonstrada conforme tabela abaixo:

<b>ESF : Dr. Serafim Miron Martins – Área = 01</b>			
<b>Área</b>	<b>Micro- Área</b>	<b>Nº</b>	<b>Área Abrangente</b>
01	Helia Bernardete Zampieron Furlan	01	Bairro N. S. AP. Agrobil, Loteamento Geyer
01	Juciane Salete de Oliveira	02	B. N. S. Aparecida
01	Juliana Cristina da Luz Ciotta	03	Bairro N. S. Aparecida
01	Maria de Fatima Sampaio Estoqueiro	04	B.N.S Aparecida ( <b>parque industrial hilário Clivatti</b> ) e B. São Cristóvão ( <b>parque industrial José Menegatti</b> )
01	Liliane Cadorin	05	Linha Santa Maria, Papuã, Navegantes e Santa Terezinha
01	Ana Flavia Pereira	06	Linha Engano. Bet e Rosário
01	Rodrigo Silvério da Rocha	07	Linha São José, Boa Esperança e Encantilado
<b>ESF: Libera Rossoni – Área = 02</b>			
<b>Área</b>	<b>Micro- Área</b>	<b>Nº</b>	<b>Área Abrangente</b>
02	Valquiria Zatorski	01	Centro/ B.S. Vicente (Camara de Vereadores ate a rua frente ao hosp.. ate av. palmas)
02	Sandra Nalon	02	B.S Vicente
02	Sandra Nunes Dos Anjos	03	Loteamento J.B. Vista e Linha Palmas.
02	Francieli Nunes dos Anjos	04	Loteamento J.B. Vista e Linha Palmas, são pedro
02	Ilda de Lara Ribas	05	parte Bairro São Vicente/ São Pedro

<b>02</b>	Lucilene Dos Santos	<b>06</b>	Linha Bracatinga / assentamento Sonho de Rose
<b>02</b>	Lucimara S Matos	<b>07</b>	Linha Canta Galo, Etiene, Faxinal dos Santos, Remasa e Campo Novo/ Assentamento Rondon
<b>ESF : Dr. Lino Zini – Área = 03</b>			
<b>Área</b>	<b>Micro- Área</b>	<b>Nº</b>	<b>Área Abrangente</b>
<b>03</b>	Janaina Jung	<b>01</b>	Distrito de Santo Antonio do Iratim
<b>03</b>	Izabel Bigunas	<b>02</b>	Dist. S. Antonio do Iratim, L. Pitanga: L. Pitanguinha
<b>03</b>	Ana Paula Zamboni	<b>03</b>	L. Saltinho metade/ Salto Bonito/ Linha Santo Augusto
<b>03</b>	Giceli Duglovitz Vergopolan	<b>04</b>	L. Iratinzinho
<b>03</b>	Eliziane Mendes	<b>05</b>	L. São Vicente / L. saltinho
<b>03</b>	Jessica Kelen Martins Zamboni	<b>06</b>	L. Augusto Loureiro/ L. Gramados
<b>03</b>	Marizete de Oliveira	<b>07</b>	L. Rio das Antas/ L. Boa Vista / Com Reponte.
<b>03</b>	Alan Aristian Grossklaus	<b>08</b>	Com. Cascata/ Com. Reponte
<b>03</b>	Alzenir Sampietro Alzirio	<b>09</b>	Com. Entre Rios/ Com. Reponte
<b>03</b>	Ana Marcia da Silva	<b>10</b>	Com. São Braz/ Com. São Roque
<b>03</b>	Joceli Da Costa	<b>11</b>	L. Empossado / Com. Sagrada Família/ João Paulo.
<b>ESF: Dr Oscar Geyer – Área = 04</b>			
<b>Área</b>	<b>Micro- Área</b>	<b>Nº</b>	<b>Área Abrangente</b>
<b>04</b>	Leonilda Sadiklari (tata)	<b>01</b>	Centro
<b>04</b>	Valeria Tonet Claus	<b>02</b>	B. J. Andréia e Adelina
<b>04</b>	Rosalba Aparecida Zemruski	<b>03</b>	B. J. Andréia
<b>04</b>	Marise de Oliveira	<b>04</b>	Bairro S. João, Lot. Boeno
<b>04</b>	Eva Cristina Padilha	<b>05</b>	Bairro S. João, Lot. Prestes

04	Susana Aparecida da Silva dos Santos	06	L. Jacutinga, L. B. do Jacutinga/ L. Sabiá
04	Margarete Cadorin Antonelli	07	L. Volta Grande/ L. Crisciuminha.
04	David Brolini	08	Ass. 27 de Out. Com N.S. Bom Lari Bogus e Linha Santa Gema, Fazendas
04	Elaine Cristina de Almeida	09	Ass. S Barbara, Com S. Izabel/ Com S. Miguel (Rutemberg).
<b>ESF: Vila Mariana – Área = 05</b>			
<b>Área</b>	<b>Micro- Área</b>	<b>Nº</b>	<b>Área Abrangente</b>
05	Taise Santos da Luz	01	B.V Mariana
05	Rosa Cristina Padilha	02	B.V Mariana e Industrial
05	Ivanice Vanzin	03	B.S. Francisco
05	Daiane da Rosa	04	B. S Francisco
05	Elisane Loures	05	Linha Jararaca e Vila Mariana
05	Rosenilda de Lima Vouk	06	Linha S. Catarina, Linha São Roque e parte Linha Jararaca

## 4 EQUIPE DE ESF

Elaboração, organização e planejamento das fichas de cadastro das famílias.

Conhecimento da área de risco, mapeamento, análise e diagnóstico da área. Cada equipe é composta por: 01 médico, 01 enfermeiro, 03 técnicos de enfermagem, 01 dentista, 01 auxiliar bucal, 01 auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, agentes comunitários de saúde e agentes de endemias. Todos com 40 horas semanais. Exceto dentistas de algumas Unidades que atuam 20 semanais. Mais com cobertura total de Odontologia.

### 4.1 Funções de Cada Profissional

#### 4.1.1 Agente Comunitário de Saúde

Segundo Legislação vigente em anexo. (Lei nº 11.350 de 05/10/2006 – ver anexo IV):

- Utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- Promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- Registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; Estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- Realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- Participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

#### 4.1.2 Enfermeiro(a)

Além das citadas no item “objetivos específicos”, destacamos também:

- Coordenação da equipe;
- Organizar, planejar e executar as tarefas referentes ao auxiliar de enfermagem e ao ACS, como também providenciar os materiais que eventualmente serão utilizados no posto de Saúde;
- Realizar consulta de enfermagem, organizar os programas dentro da Vigilância Epidemiológica: ( *MH, TB, DIA, HA, Desnutrição, Proteja Busca Ativa, Imunização, DST/AIDS* e outros);
- Realizar visitas domiciliares;
- Organizar as reuniões com a equipe conforme rotina, em conjunto com, NASF, médicos, auxiliares e ACS;
- Cabe ao enfermeiro, segundo Resolução COFEN-195/1997 (ver anexo V), dentro da consulta de enfermagem:
- Solicitar exames laboratoriais:
  - Para detecção da gravidez – Beta HCG e TIG – e exames de rotina do pré-natal como:
    - Tipagem sanguínea + Fator Rh;
    - Coombs indireto
    - Glicemia jejum;
    - Hemograma;
    - Análise de Caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina;
    - (Antibiograma + urocultura);
    - VDRL;
    - Parasitológico Fezes;
    - Toxoplasmose IgG/ IgM;
    - HIV, (Elisa 1 e 2);
    - TSH;
    - TOTG;
    - HbsAg;
    - - Anti- Hbs
    - Teste da mãezinha

- Coleta de citopatológico
- Ultrassom obstétrico.
- Exames de Rotina do Programa Hiperdia como: Colesterol Total e Frações, triglicerídeos, creatinina, ureia, glicemia jejum, pós prandial, curva glicêmica, hemoglobina glicada, micro albumina na urina, análise de urina, potássio, ácido úrico e eletrocardiograma.
- Exames de Rotina, teste rápido de IST's (HIV, SIFILIS, HBSAG, HEPATITE C) VDRL e HIV. Após encaminhar para avaliação médica quando necessário e conforme rotina de enfermagem. Os laudos de testes rápidos são emitidos e interpretados/laudados apenas por profissional de nível superior, sendo no âmbito da enfermagem, apenas o(a) enfermeiro(a) o profissional com a competência legal para tal atividade.
- Exames de rotina programa de Tuberculose: Rx de tórax e BK de escarro
- Exames de rotina Saúde de Homem: PSA, Glicemia, Colesterol Total e F, Hemograma, triglicerídeos.
- Exames de controle anual ou semestral, que não constem nesta descrição, porém, já tenham sido solicitados por médico anteriormente, para avaliar e conduzir tratamento.
- Exames Complementares e Encaminhamentos:
  - Em caso de urgência/emergência e na ausência de profissional médico na unidade o enfermeiro poderá solicitar de RX em caso de suspeita de fratura para posterior à referência, bem como demais exames de emergência. Nos casos em que o enfermeiro se deparar com situações não previstas no protocolo, conforme orientação do COREN-PR, este poderá referenciar o paciente para outro profissional ou unidade mais habilitada, visando sempre a agilidade no processo de atendimento ao paciente.
- Prescrição de medicamentos em casos específicos, segundo tabela a seguir:

**TABELA 02 – MEDICAMENTOS**

<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>GRUPO</b>	<b>POSOLOGIA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>
1. Adtil	Vitamina A e D	2 gotas ao dia	Hipovitaminoses
2. Albendazol	Anti-helmíntico	400 mg (dose única) repetirem 1 semana	Verminoses > 2 anos
3. Anticoncepcional oral	contraceptivo	-21 dias, intervalo -7 dias + orientações	Planejament oFamiliar
4. Anticoncepcional oral	contraceptivo	Na lactação até o sextomês	Planejament oFamiliar
5. Anticoncepcion allnjetável	contraceptivo	Mensal e trimestral	Planejament oFamiliar
6. Benzoato de Benzila, Permetrina	Anti-parasitário	Aplicação tópica +orientação	Pediculose e Escabiose
7. Fluconazol	Anti-fungico	150 mg (dose unico) Tratar parceiro	Candidiase Vaginal
8. Metronidazol via oral e creme vaginal	Anti-protozoário	-Via oral: 2 gr (dose única) -Creme vaginal: 1 tubete à noite durante 7 dias	Gardnerella vaginalis Trichomona svaginalis
9. Miconazol creme vaginal	Anti-micótico	1 tubete à noite durante 7 dias	Candidíase vaginal
10. Nistatina creme vaginal	Anti-micótico	1 tubete à noite de 7 a 14 dias	Candidíase vaginal
11. Nistatina Suspensão	Anti-micótico	1 gota em cada lesão	Candidíase oral
12. Nistatina + oxido de zinco			
13. Paracetamol/ Ibuprofeno/Dipirona	Analgésico Antitérmico	1 gt/kg - 1 cp 8/8h Dipirona 1gt/2 kg	Reação Vacinal, Febre

14. Sulfato Ferroso	Anti-anêmico	1 comprimido meia hora antes das 3 principais refeições do dia	Gestantes a partir de 20 semanas até 40 dias após o parto
14. Sulfato Ferroso	Anti-anêmico	1 gota/kg	Crianças a partir de 06 meses até 24 meses
15. Simeticona	Anti-gases	1 gt/kl	Eliminações de Flatulência
16. TRO	Hidratante oral	1 pacote em 1 litro de água fervida	Desidratação Diarréia
17. Ácido fólico 02mg/ml	Vitamina	40 gotas ao dia	Pré gestação até 12 semanas de gestação
18. Metoclopramida	Anti-hemético	01 comprimido de 8/8 senáuseas	Gestante
19. Dexbepantol	Pomada para assaduras	Sempre na troca de fraldas se houver sinais de assadura	Rn/bebes
20. Mikania glomerata (s) Guaco	Expectorante	Ver posologia	Crianças, adultos
21. Hedera Helix	Expectorante	Ver posologia	Crianças e adultos
22. Captopril	Anti-has	01 comprimido v.o	Durante Crise Hipertensiva
23. Oleo Mineral	Laxante, hidratação da pele	10 ml 1 x ao dia Sempre que necessario hidratar	Constipação intestinal
24. Oleo de Girassol	Hidratação da pele	Sempre necessario que	Hidratação da pele

25. Pasta d'água	Secativo e Cicatrizante	Sempre necessário	que Secativo e Cicatrizante
26. Lactulose	Laxante	Ver posologia	Constipação intestinal
27. Hidróxido de Alumínio	Anti Ácido	Ver posologia	Azia e Queimação de estômago

#### 4.1.3 Técnico e Auxiliar de Enfermagem

1. Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos clientes, sob supervisão do enfermeiro, assim como colaborar nas atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na Instituição.
2. Auxiliar o superior na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância epidemiológica e no controle sistemático da infecção hospitalar.
3. Preparar clientes para consultas e exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos.
4. Colher e ou auxiliar o cliente na coleta de material para exames de laboratório, segundo orientação.
5. Realizar exames de eletro diagnósticos e registrar os eletrocardiogramas efetuados, segundo instruções médicas ou de enfermagem.
6. Orientar e auxiliar clientes, prestando informações relativas a higiene, alimentação, utilização de medicamentos e cuidados específicos em tratamento de saúde.
7. Verificar os sinais vitais e as condições gerais dos clientes, segundo prescrição médica e de enfermagem.
8. Preparar e administrar medicações por via oral, tópica, intradérmica, subcutânea, intramuscular, endovenosa e retal, segundo prescrição médica, sob supervisão do Enfermeiro.
9. Cumprir prescrições de assistência médica e de enfermagem.
10. Realizar a movimentação e o transporte de clientes de maneira segura.

11. Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência.
12. Realizar controles e registros das atividades do setor e outros que se fizerem necessários para a realização de relatórios e controle estatístico.
13. Circular e instrumentar em salas de pequenas cirúrgias, preparando-as conforme o necessário.
14. Efetuar o controle diário do material utilizado, bem como requisitar, conforme as normas da Instituição, o material necessário à prestação da assistência à saúde do cliente.
15. Controlar materiais, equipamentos e medicamentos sob sua responsabilidade.
16. Manter equipamentos e a unidade de trabalho organizada, zelando pela sua conservação e comunicando ao superior eventuais problemas.
17. Executar atividades de limpeza, desinfecção, esterilização de materiais e equipamentos, bem como seu armazenamento e distribuição.
18. Propor a aquisição de novos instrumentos para reposição daqueles que estão avariados ou desgastados.
19. Realizar atividades na promoção de campanha do aleitamento materno bem como a coleta no lactário ou no domicílio.
20. Auxiliar na preparação do corpo após o óbito.
21. Participar de programa de treinamento, quando convocado.
22. Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática.
23. Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.
24. Exercer as funções de técnico e auxiliar conforme lei 7.498/86 (ver anexo III) sob a supervisão do enfermeiro.

#### 4.1.4 Médico – Medicina Comunitária

1. Participar em conjunto com a equipe do levantamento de dados da comunidade, informações e registro;

2. Realizar consultas médicas e visitas domiciliares;
3. Procurar atender a demanda da comunidade;
4. Preencher as fichas de notificação compulsória e encaminhá-las a epidemiologia, comunicar a equipe para realizar a busca ativa e explicar os sinais de determinada doença e riscos, e medidas a serem tomadas;
5. Formar grupos de interesse com a comunidade, realizar palestras, troca de experiências educativas como por exemplo com DIA, HA, TB, gestantes, etc;

#### 4.1.5 Dentista

1. Atendimento odontológico básico, com procedimentos preventivos e curativos individuais: restaurações, extrações, raspagem, limpeza, aplicação de flúor, raio- x odontológico, ações preventivas coletivas (palestras, escovação supervisionada) e atendimento de urgências odontológicas.

## 4.2 ATENDIMENTO A DEMANDA

O atendimento à demanda é realizado dentro da Unidade de Saúde na forma de consulta de enfermagem, consulta médica e odontológica. Além de atender às expectativas básicas da comunidade, abre caminho para a realização de busca ativa e educação permanente em saúde, na forma individual ou coletiva. O acesso facilitado à população que nos procura em busca de solução para um problema percebido é fundamental.

## 4.3 VISITAS DOMICILIARES

A visita domiciliar permite avaliar uma série de condições que nos são invisíveis no consultório e às vezes discordantes da impressão que temos do paciente durante a consulta, situações estas que possam estar contribuindo para o desencadeamento ou manutenção de uma doença, como por exemplo: más condições de moradia e

saneamento, falta de higiene, ociosidade, solidão, abandono, maus tratos, crenças e tabus. A visita deve ser obrigatoriamente norteada por um objetivo específico, que deve ficar bem claro para o cliente e sua família. Realizamos visita a pacientes-alvo de programas (nascidos vivos, gestantes, pacientes acamados, hipertensos faltosos ou que não seguem as orientações propostas), visitas às mães de crianças desnutridas ou vítimas de agressão, visitas de esclarecimento sobre o funcionamento da Unidade de Saúde.

#### **4.4 BUSCA ATIVA**

Objetivo: Realizar busca ativa de clientes portadores de doenças com notificação compulsória, através de visita domiciliar;

Avaliar doenças conforme rotina pré estabelecida pelo Ministério da Saúde; Fazer busca ativa dos faltosos dos programas da Secretaria Municipal de Saúde.

#### **4.5 PROGRAMAS**

A atenção primária está sempre na dependência do diagnóstico da comunidade e portanto esta deve ser individualizada. No momento estamos trabalhando com: SISVAN, ESF, SISPRENATAL, Planejamento Familiar, prevenção de Câncer de ColoUterino e Mama (SISCOLO e SISMAMA), Hipertensos, Diabéticos, TB, MH, DST/AIDS, Puericultura e Vigilância Epidemiológica. Acreditamos ser também de grande importância a consulta de enfermagem, pois a mesma traz em cada programa uma orientação individualizada que permite maior compreensão do sistema à atenção primária.

#### **4.6 CONSULTA DE ENFERMAGEM**

A consulta de enfermagem possui embasamento teórico-científico, sendo estruturado no processo e diagnóstico segundo NANDA e ANA (Associação Norte Americana de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem) que baseiam-se nas teorias de enfermagem. O enfermeiro também possui respaldo legal do COREN e COFEN para a solicitação de exames de rotinas nos grupos como vários procedimentos, já citados minuciosamente nas resoluções do COFEN (ver

anexos).

A consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro, sendo que o mesmo realiza o planejamento das ações de enfermagem para poder destinar ao cliente maior qualidade de seus serviços. Todos os registros referentes à consulta de enfermagem são registrados no prontuário do paciente.



## 5 NORMAS PARA BIOSSEGURANÇA PARA ATENDIMENTO AO PACIENTE QUE APRESENTA RISCO DE CONTAMINAÇÃO

### Recomendação

Todos os pacientes que apresentem risco de contaminação por presença de secreções e sangue deverão receber atendimento e cuidados especiais de prevenção.

1. **Lavar as mãos** com água e sabão líquido, secando com papel-toalha. Entre os procedimentos, sempre que houver contato com sangue e outros fluidos corporais, e entre o atendimento de um paciente para outro.

2. **Utilizar luvas na manipulação de sangue e outros fluídos corporais, mucosas ou pele não íntegra** de todos os pacientes, para procedimentos em equipamentos ou superfícies contaminadas com sangue e outros fluídos corporais, procedimentos de acesso vascular. Após a retirada das luvas sempre lavar as mãos.

3. **Utilizar avental** sobre as roupas ou uniforme sempre que houver contato direto com o paciente com risco de contaminação com sangue ou outros fluídos corporais, bem como nas precauções de isolamento para doenças infecto- contagiosas, que o requeiram. O uso deverá ser individualizado.

4. **Utilizar máscara facial** quando houver risco de contaminação de mucosas da face (olhos, nariz, boca) com respingos de sangue ou outros fluídos corporais, ou nas precauções respiratórias para doenças infectocontagiosas que a requeiram.

5. **Os profissionais com lesões de pele (ferimentos, dermatites) devem evitar o contato direto com pacientes**, principalmente em situações de risco de exposição a sangue e outros fluídos corporais, bem como **evitar contato com equipamentos contaminados**. Este cuidado confere proteção tanto ao profissional de saúde como ao paciente.

6. **Prevenir ferimentos** por agulhas, bisturi, ou qualquer material cortante, mantendo cuidado ao manipular e limpar o instrumental, evitando assim o risco de punção acidental.

7. Ao término da jornada de trabalho é aconselhável tomar banho e trocar de roupa antes de sair do trabalho.

- 
8. O uniforme deve preferencialmente ser lavado e separado das demais roupas.

## 6 PROGRAMAS

### 6.1 Saúde da Criança

Fluxo do Atendimento ao Lactente

#### Objetivo

- Fazer promoção de saúde e prevenção de doenças.
- Fazer vigilância à saúde do lactente através de ações sistematizadas, como objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade nesta faixa etária.

#### Meta

- Inscrever e estratificar no Programa de Puericultura, conforme linha guia Mãe Paranaense as crianças de 0 a 24 meses da área de abrangência.
- Realizar visita precoce até o 5º dia de nascimento, a 100% dos recém nascidos da área de abrangência, com o objetivo de fazer captação precoce do lactente, orientar sobre aleitamento materno, agendar a 1ª consulta do lactente na unidade e a consulta de puerpério para a mãe conform Linha Guia Mãe Paranaense.

#### Operacionalização

- a) Inscrever e estratificar toda criança de 0 a 24 meses residente na área de abrangência, independente da condição de risco, no Prontuário do paciente;
- b) Estratificar as crianças recém nascidas, conforme risco, habitual, intermediário e alto;
- c) Solicitar à mãe que compareça à **consulta de rotina médica e de enfermagem** uma vez ao mês;
- d) Encaminhar para ambulatório de risco e/ou Hospital de referência em caso de necessidade, estratificado como alto risco.
- e) Todos os lactentes devem passar por **consulta médica** no 1º mês ao 6 mes

(consultas intercaladas entre médico/enfermeiro) e também aos 9,12,18 e 24 meses, seguindo anualmente até 10 anos.

f) A consulta de enfermagem consiste na **avaliação sistemática** de 4 itens:

<b>Estado nutricional</b>
<b>Situação vacinal</b>
<b>Desenvolvimento Psico-motor</b>
<b>Exame Físico</b>

- g) Registrar as observações no prontuário e cartão da criança;
- h) Orientar sobre **aleitamento materno**, suas vantagens e época de introdução de novos alimentos, reforçando as mães que seguem as orientações e estimulando as demais a segui-las;
- i) Orientar a mãe sobre a situação do lactente, completar o esquema vacinal e encaminhar para consulta nos casos onde forem detectados problemas;
- j) Orientar avaliação odontológica na 01 puericultura
- k) Encaminhar para ambulatório de alto risco e para Hospital de referência

## 6.2 Marcos importantes no desenvolvimento do lactente

TABELA 03 – MARCOS IMPORTANTES DO DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE

<b>Idade</b>	<b>Ação</b>
4 meses	Sustenta a cabeça
7 meses	Senta sem apoio
12 meses	Anda com apoio
18 meses	Fechamento de fontanela
18 a 24 meses	Controle de esfíncteres

Sinais de alerta	
4 meses	Não sustenta a cabeça
8 meses	Não senta
12 meses	Não engatinha
18 meses	Não anda

### 6.3 Hipertensão Arterial

#### Objetivo

Prevenir a ocorrência de alterações degenerativas vasculares e do miocárdio nos indivíduos hipertensos da área de abrangências, reduzindo a mortalidade e a morbidade decorrente destas alterações. Procurar intervir em fatores de riscos cardiovasculares, associados à hipertensão como: tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemias e anticoncepcionais orais.

#### Definições

**Hipertenso definido:** É aquele que já tem conhecimento da sua condição de hipertensão, ou que realizou três verificações de PA, com intervalos de uma semana e foi definido como hipertenso.

**Hipertenso suspeito:** É o cliente que desconhecia ser hipertenso e no qual se realizou apenas uma verificação com o achado de níveis tensionais elevados. Este cliente necessita de duas verificações posteriores, com intervalos de uma semana, para que se defina sua condição de hipertenso ou normotenso.

#### Operacionalização

- Inscrever e estratificar todos os Hipertensos conforme Linha Guia do Paraná das áreas de abrangências e fornecer cartão de identificação do paciente.
- Verificar a pressão arterial de todos os clientes maiores de 13 anos em todas as Unidades de Atendimento e que compareçam por qualquer motivo.

- c) Realizar a verificação da PA sempre após cinco minutos de repouso, evitando o uso de qualquer substância hipertensiva como: uso de cigarros, cafeína realização de refeição até 30 minutos, esvaziar a bexiga que antecedem a aferição da pressão.
- d) No caso de hipertenso suspeito, agendar os retornos com aprazamento a cada segundo dia para verificação;
- e) Fazer busca ativa no caso de faltosos.
- f) Agendar nos programas todos os hipertensos definidos, através da consulta de enfermagem, o que auxiliará a indicar a hipertensão.
- g) Renovar as receitas médicas, seguindo Linha Guia Hipertensão Arterial.
- h) Solicitar exames laboratoriais como: Colesterol T e F, Glicemia, Triglicerídeos, Hemograma, Uréia e Creatinina, o que poderá ser solicitado pelo enfermeiro precocemente.
- i) Agendar a primeira consulta com médico. As consultas subsequentes são agendadas conforme estratificação de risco.
- j) Inscrever no programa todos os hipertensos definidos.
- k) Fornecer a carteirinha do grupo aos hipertensos do programa.
- l) Agendar retorno mensal para verificação da PA, para consulta ou reuniões conforme cronograma pré-estabelecido.
- m) Fornecer medicação conforme prescrição médica.
- n) Encaminhar para ambulatório de alto risco e para atenção secundária/terciária quando necessário.

#### 6.4 Visita Domiciliar

Será feita para os hipertensos definidos, suspeitos ou faltosos, a critério da equipe.

#### 6.5 Diabetes

##### Objetivo

Reduzir a morbi-mortalidade pelo diabetes, na área de abrangência da Unidade de Saúde, através do diagnóstico precoce, tratamento de indivíduos sintomáticos, detecção precoce e tratamento das complicações agudas e crônicas do diabetes tipo II, com referência para níveis de maior complexidade quando necessário.

## Meta

Inscriver todos os diabéticos moradores na área de abrangência.

## Definições

Tipo I: São insulino dependentes.

Tipo II: São insulino não dependentes.

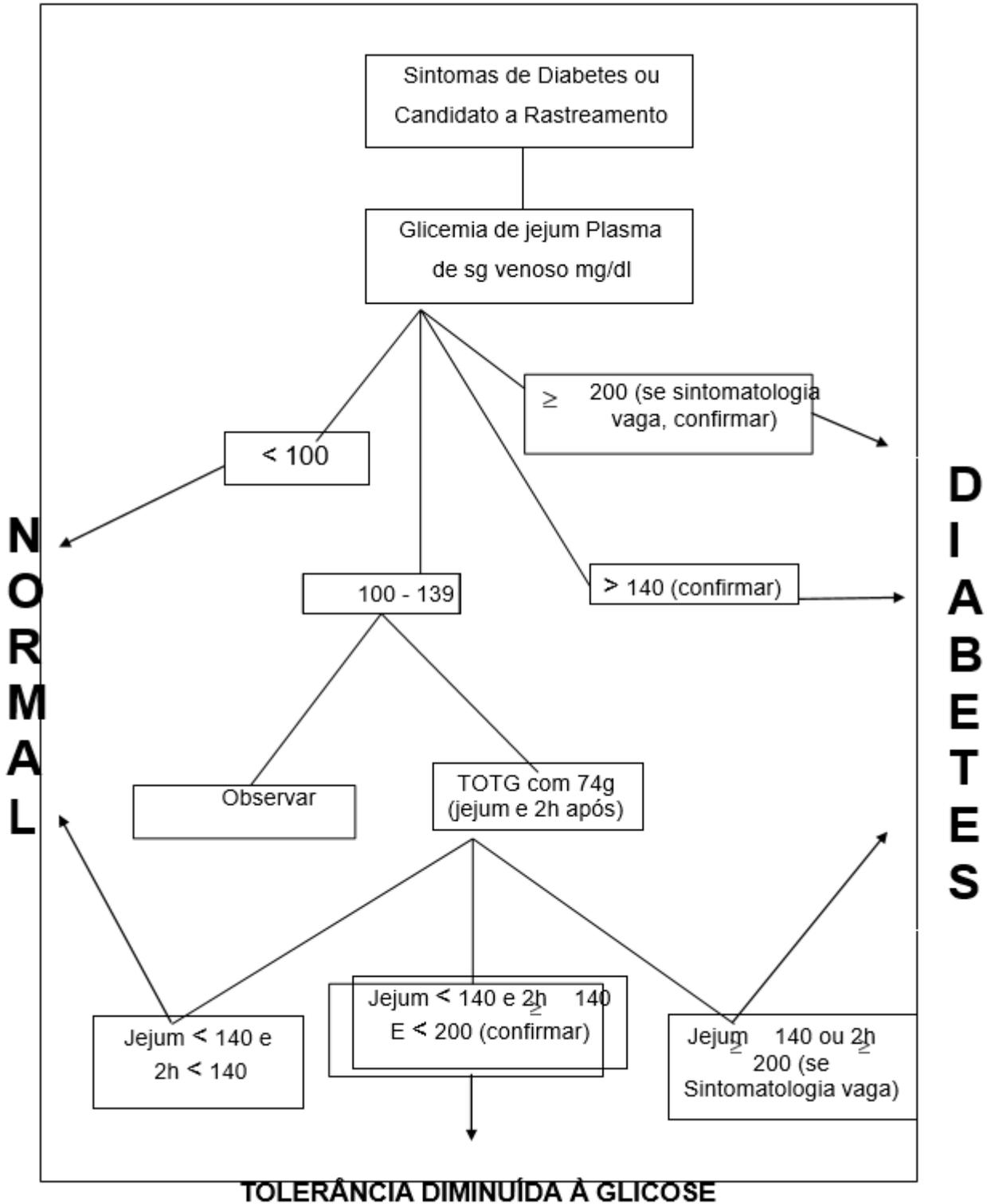
## Operacionalização

- a) Inscriver e estratificar todos os diabéticos conforme Linha Guia do Paraná tipo I e II das áreas de abrangências e fornecer cartão de identificação do paciente.
- b) Agendar a 1ª consulta com médico para avaliação e prescrição de medicação quando necessário.
- c) Os exames para controle metabólico poderão ser solicitados pelo médico ou enfermeiro do programa: Glicemia de jejum, Curva Glicêmica, Hemoglobina Glicada, Uréia e Creatinina, Colesterol e Hemograma.
- d) Clientes com diabetes tipo II, encaminhar à Unidade de Saúde e aprazar para controle metabólico mensal.
- e) Agendar consulta de manutenção conforme estratificação de risco.
- f) Renovar as receitas médicas, conforme Linha Guia do Paraná.

- g) Realizar reunião mensal sob coordenação do enfermeiro.
- h) Encaminhar para ambulatório de alto risco e para atenção secundária/terciária quando necessário.

Segue quadro que orienta o diagnóstico de diabetes segundo as recomendações OMS:

#### **TABELA 04: ROTEIRO DIAGNÓSTICO DO DIABETES**



## 6.5 Saúde da Mulher Gestante

### Objetivo

Prestar assistência Pré-Natal adequada e eficaz com acesso facilitado, possibilitando a detecção precoce e acompanhamento de qualquer agravo que comprometa o binômio mãe- filho.

### Meta

Inscrever e estratificar 100% das gestantes do município de Bituruna, com detecção precoce início do pré natal antes da 12 semana de gestação , bem como no mínimo 06 consultas durante o pré natal, avaliação odontológica e a realização de teste rápido treponemicos nos 03 trimestres da gestação, seguindo a linha Guia Mãe Paranaense .

### Operacionalização

- a) Toda mulher com atraso menstrual superior a 10 dias deverá ser investigada quanto a possibilidade de gravidez.
- b) Solicitar TIG ou BetaHCG(exame laboratorial) para investigação da gestação, que poderá ser feito pela enfermeira.
- c) **Negativo:** solicitar Ultrassom transvaginal e encaminhar a paciente para consulta médica.
- d) **Positivo:** inscrever a paciente no SISPréNatal.
- e) O enfermeiro poderá solicitar exames laboratoriais para o Pré-Natal e prescrever a medicação de pré-natal.
  - **Exames:** Hemograma completo, glicemia, grupo sanguíneo e Fator Rh, Toxoplasmose IgM, IgG, avidéz para toxo, HbsAg, HIV, parcial de urina, urocultura com antibiograma, VDRL, TSH, TOTG, parasitológico de fezes, HCV.
- f) Coletar material para exame de Papanicolau.
- g) Agendar consulta de retorno segundo idade gestacional em semanas:

TABELA 05 – PERIODICIDADE DE CONSULTA GESTACIONAL

1º Trimestre (até 15 semanas de gestação)	2º Trimestre (até 27 semanas de gestação)	3º trimestre (até 35 semanas de gestação)	3º trimestre (até 40 semanas de gestação)	3º trimestre (até 42 semanas de gestação)
4, 8, 12 semanas (1 X mês)	16, 20, 24 semanas (1 X mês)	28, 30, 32, 34 semanas (1 X cada 15 dias)	36, 37, 38, 39 semanas (1 X semana)	40, 40s3d, 41, 41s3d, 42 semanas (1 X a cada 3 dias)

As consultas serão intercaladas entre o médico e a enfermeira, sendo a primeira consulta preferencialmente feita pela enfermeira. Esta poderá ser agendada após 10 dias quando os exames deverão estar prontos.

- a) Fornecer cartão da gestante com o máximo de informações possíveis. Encaminhar para ambulatório de alto risco e para atenção secundária/terciária quando necessário.
- b) Verificar comprovante de vacinação antitetânica. Na ausência de história vacinal, iniciar esquema. Quando incompleta, completar esquema de até 3 doses. Aplicar 1 dose de reforço quando a última dose de vacina foi há mais de 5 anos, segundo calendário vacinal.
- c) Verificar comprovante de vacinação contra Hepatite B. Na ausência de história vacinal, iniciar esquema. Quando incompleta, completar esquema de até 3 doses. Avaliar exame de anti-hbs afim de confirmar a imunidade
- d) Agendar para 20 semana a vacina DTPa
- e) Assegurar a contracepção no puerpério, com anticoncepcional oral ou injetável que não interfira no aleitamento materno.
- f) As Educações em Saúde sendo preconizadas no mínimo 03, realizadas pelas enfermeiras do ESF, podendo contar com o apoio da equipe multidisciplinar.
- g) Formar grupos de gestantes com reunião para orientações das transformações da gravidez, parto, cuidados com o recém nato e principalmente, importância no aleitamento materno.
- h) Registrar no prontuário eletrônico qualquer intercorrência com a gestante ou gestação.

Fazer visita domiciliar para orientações ou busca ativa quando faltosa há agendamentos, bem como informar o conselho tutelar.

- i) Informar ao Conselho tutelar Gestantes menores de 18 anos.

## 6.6 Planejamento Familiar

### Objetivo

Possibilitar o acesso preferencialmente do casal, aos métodos anticoncepcionais, buscando diminuir as gestações não planejadas e as I.S.Ts.

### Meta

Inscrever 80% das mulheres que necessitam do método, e eventualmente os homens que procurem o serviço.

### Operacionalização:

- a) Realizar consulta de enfermagem ou médica para avaliação e indicação do método contraceptivo.
  - b) Pesquisar o uso de método contraceptivo em toda mulher em idade fértil.
  - c) Escolher um local apropriado, de maneira a não expor o usuário a nenhum tipo de constrangimento.
  - d) Orientar quanto aos cuidados com o uso, indicações e contraindicações.
  - e) Encaminhar toda a paciente para coleta de citopatológico, segundo rotinas da unidade de saúde.
  - f) Inscrever a paciente no programa fornecendo-lhe cartão de identificação.
- Oferecer todos os métodos disponíveis na Unidade de Saúde

**Naturais** – Temperatura, tabela, Billings. Devem ser indicados se houver, claro, entendimento por parte da paciente e se a mesma se sujeitar ao período de abstinência. É fundamental a colaboração do companheiro.

**Barreira** – Fornecer preservativos. Orientar que retornem sempre que necessário.

**Hormonais** – Pílulas anticoncepcionais e injetáveis.

- Indicar inicialmente pílulas de baixa dosagem, ou na impossibilidade desta, alta dosagem.
- Inscrever a paciente no programa de Planejamento Familiar.
- Observar sempre as contraindicações do contraceptivo oral e injetável.
- Se puérpera, em aleitamento materno exclusivo, fornecer Micronor ou Norestin.
- D.I.U.
- Encaminhar para agendamento com ao Ginecologista, no hospital SãoVicente de Paula, após orientação individual ou coletiva.

## 6.7 Câncer Ginecológico

### Objetivo

Coletar esfregaço cérvico – vaginal para realização de exame citopatológico, buscando a prevenção através do diagnóstico precoce e tratamento das condições que predisõem ao câncer de colo uterino.

### Operacionalização

- a) **Estimular** todas as mulheres, especialmente as de vida sexualmente ativa, que vierem à U.S. por qualquer motivo, para coleta do citopatológico, orientando sobre a importância do exame.
- b) **Agendar** o exame para o médico ou enfermeira.

- c) Durante a consulta atender para os antecedentes gineco-obstétricos e método contraceptivo usado.
- d) **Encaminhar para planejamento familiar** se necessário.
- e) Se houver sintomatologia importante ou o exame físico for conclusivo para alguma patologia específica, tratar segundo o protocolo do Ministério da Saúde. Caso contrário, aguardar o resultado.
  - H.P.V., ASCUS, NIC I, NIC II, NIC III, Ca “in situ”, Ca “Invasivo”, encaminhar para colposcopia com pedido médico ou de enfermagem **CISVALI**, via TFD.

\***Ascus**:acompanhamento com coleta de citopatológico de 6/6 meses;

**OBS.:** é importante, sempre nesses casos, avisar a enfermeira responsável para separar (controle) a ficha da paciente, no sentido de busca ativa, caso não tenha retorno espontâneo da mesma. Solicitar HIV + VDRL no agendamento, enfermeiro poderá solicitar exames laboratoriais de secreção vaginal após coleta de preventivo conforme necessidade.

- f) Após 2 exames normais com intervalo de 1 ano, repetir o exame a cada 3 anos, ou conforme avaliação individual.
- g) Fazer busca ativa de toda paciente com resultado de exame alterado. Assegurar para tal consulta com ginecologista do sistema nas unidades de referência. Em caso de alteração da colposcopia, segue como rotina protocolo de atendimento de média complexidade.
- h) Referência para o CAF (Cirurgia de Alta Frequência) localizado no Setor Administrativo mediante agendamento prévio.
- i) Registrar procedimento no prontuário do paciente, bem como resultado do mesmo.
- j) Solicitar exame de mamografia acima dos 40 anos e US de mamas para mulheres com menos de 40 anos, ou como forma de exame complementar.

## 6.8 Doenças Sexualmente Transmissíveis

Definições de caso

- **SÍFILIS PRIMÁRIA:** presença de úlcera geralmente única e indolor, associada à pesquisa de *Treponema pallidum* “em campo escuro” positiva, ou RPR, ou VDRL, ou FTA-Abs reagentes ou não.
- **SÍFILIS SECUNDÁRIA:** presença de sífilides papulosas disseminadas (principalmente palmo-plantares), e/ou condiloma plano, acompanhadas ou não por poliadenomegalia, e VDRL, ou RPR, ou FTA-Abs reagentes.
- **SÍFILIS LATENTE RECENTE:** presença de VDRL, ou RPR, ou FTA-Abs reagentes em portador assintomático de sífilis, com menos de 1 ano de evolução.
- **Outras formas de SÍFILIS (LATENTE TARDIA E TERCIÁRIA):** qualquer forma de sífilis que não a sífilis recente (ou seja, com mais de 1 ano de evolução), confirmada clínica e/ou laboratorialmente por meio de VDRL, ou RPR, ou FTA-Abs reagente.
- **SÍFILIS LATENTE TARDIA:** não se observam sinais e sintomas clínicos e portanto tem o seu diagnóstico feito mediante testes sorológicos.
- **SÍFILIS TERCIÁRIA:** os sinais e sintomas geralmente ocorrem após 3 a 12 anos de infecção ou mais, principalmente por lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot).
- **CANCRO MOLE:** presença de lesão genital ulcerada, geralmente múltipla e dolorosa, associada a bacterioscopia pelo Gram apresentando estreptobacilos Gram negativos, sugestivos de *H. ducreyi*.
- **HERPES GENITAL:** evidência ou história de lesões vesiculosas agrupadas em “cacho” sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de ardor ou prurido, especialmente com história de recorrência das lesões, associado ou não com presença de células gigantes com inclusões intranucleares ( de Tzank ) ao exame microscópico direto do líquido vesicular.
- **DONOVANOSE:** presença de ulceração com borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de sangramento fácil, de evolução lenta e progressiva, associado à identificação dos corpúsculos de Donovan no

material obtido por biópsia.

- **LINFOGRANULOMA VENÉREO:** presença de linfadenopatia inflamatória uni ou bilateral, acompanhada ou não por úlcera genital perceptível acompanhado por IF (Imunofluorescência)-direta ou outros exames reagentes para clamídia.
- **INFECÇÃO GONOCÓCICA:** no homem observa-se a presença de corrimento uretral geralmente purulento, associado à bacterioscopia com diplococos Gram negativos intracelulares; na mulher ocorre hiperemia, e/ou edema, e/ou friabilidade, e/ou ectopia cervical, e/ou mucopus cervical associado à cultura positiva para *Neisseria gonorrhoeae*, ou apenas cultura positiva em mulher assintomática.

#### OUTRAS INFECÇÕES CAUSADAS POR CLAMÍDIA DE TRANSMISSÃO

- **SEXUAL:** no homem pode ser observada a presença de corrimento uretral associado a ELISA ou IF Direta reagentes.
- **OUTRAS URETRITES:** presença de corrimento uretral, porém a bacterioscopia pela coloração de Gram e/ou cultura são negativas para o gonococo, e ELISA ou IF- direta não são reagentes para clamídia.
- **OUTRAS CERVICITES:** presença de mucopus cervical associado ou não à hiperemia, friabilidade, ectopia ou colpíte, porém a cultura é negativa para *Neisseria* e ELISA ou IF- direta para clamídia não são reagentes.
- **CONDILOMA ACUMINADO / HPV:** presença de lesão vegetante característica, única ou múltipla, localizada ou difusa e de tamanho variável.
- **INFECÇÃO SUBCLÍNICA OU LATENTE PELO HPV:** presença de lesões aceto brancas ou achado de evidência de HPV em outros exames.
- **CANDIDÍASE VAGINAL:** presença de corrimento branco grumoso, com aspecto caseoso (“leite coalhado”), geralmente aderido às paredes vaginais, associado à presença de micélios birrefringentes ou de esporos, ao exame à fresco do conteúdo vaginal.

- **TRICOMONÍASE VAGINAL:** presença de corrimento amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com odor fétido, associado à presença de parasitas, movimentando-se ativamente entre as células epiteliais e os leucócitos no exame à fresco, ou corado, do conteúdo vaginal.
- **VAGINOSE BACTERIANA:** presença de ao menos 3 (três) dos seguintes critérios, ou apenas os dois últimos: 1) corrimento vaginal homogêneo, geralmente acinzentado; 2) pH vaginal > 4,5; 3) teste das aminas positivo;
- 4) presença de “clue-cells” ao exame à fresco, ou corado, do conteúdo vaginal.

### Definições de casos de DST baseadas na abordagem sindrômica:

- **ÚLCERA GENITAL:** presença de lesão ulcerada em região genital, de origem não traumática.
- **CORRIMENTO URETRAL EM HOMEM:** presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído e, se necessário, pela compressão da base do pênis em direção à glândula.
- **CORRIMENTO CERVICAL:** presença de mucopus cervical verificado obrigatoriamente ao exame especular.
- **CORRIMENTO VAGINAL:** presença de corrimento vaginal associado à hiperemia, e/ou edema da mucosa vaginal, associado ou não a sinais de colpíte, com ou sem ectrópio.
- **DOR PÉLVICA:** dor é a descompressão ou defesa muscular abdominal ou odor à mobilização do colo ou anexos ao toque vaginal combinado.

**Tab 1. Tratamentos e encaminhamentos indicados diante resultado de exame preventivo.**

Resultado	Características	Conduta de enfermagem	Tratamento
Dentro dos limites da normalidade		Orientar exame de rotina (anual)	Não tratar
Inflamação (sem identificação do agente) sem queixas		Orientar exame de rotina (anual)	Não tratar
Metaplasia escamosa imatura	Fase de vulnerabilidade de adquirir papilomavírus humano e outras infecções	Orientar exame de rotina com conduta anual	Não tratar
Reparação	Fase de epitélio vulnerável para adquirir infecção	Orientar exame de rotina com conduta anual.	Não tratar
<i>Stafilococcus Epidemias</i>		Orientar exame de rotina (anual)	Não tratar. Flora bacteriana vaginal normal.
<i>Streptococcus Fecalis</i>		Orientar exame de rotina (anual)	Não tratar. Flora bacteriana vaginal normal.
<i>Lactobacilos</i>		Orientar exame de rotina (anual)	Não tratar. Flora bacteriana vaginal normal.
<i>Echerichia coli</i>		Orientar exame de rotina (anual)	Não tratar. Flora bacteriana vaginal normal.
<i>Bacterioidis Fragilis</i> <i>Peptococos sp</i>		Orientar exame de rotina (anual)	Não tratar. Flora bacteriana vaginal normal.
<i>Cocos e Bacilos</i>		Orientar exame de rotina (anual)	Não tratar. Flora bacteriana vaginal normal.
Atipias de significado indeterminado provavelmente não-neoplásica		Realizar exames semestrais. Se dois exames normais, voltar para conduta anual.	
Atipias de significado indeterminado que se pode afastar lesão de alto grau		Encaminhar para consulta médica especializada	
Células Glandulares atípicas de		Encaminhar para consulta médica especializada	

significado indeterminado provavelmente não neoplásica			
Células glandulares atípicas de significado indeterminado que não se pode afastar Lesão de Alto Grau		Encaminhar para consulta médica especializada	
Lesão Intra-Epitelial de baixo grau		Realizar exames semestrais. Se dois exames normais, voltar para conduta anual.	
Lesão Intra-Epitelial de Alto Grau		Encaminhar para consulta médica especializada	
Lesão Intra-Epitelial de Alto Grau, não podendo excluir Micro-Invasão.		Encaminhar para consulta médica especializada	
Carcinoma Epidermóide Invasor		Encaminhar para consulta médica especializada	
Adenocarcinoma "in situ" ou invasor		Encaminhar para consulta médica especializada	
Vaginose Bacteriana ( <i>Gardnerella</i> )	Presença de secreção branco-acinzentada com odor fétido.	Orientar e tratar Tratar o parceiro	Metronidazol 500mg, 1cp de 12/12h durante 7 dias. Metronidazol creme vaginal por 7 dias
Tricomoniase	Presença de secreção amarelo-esverdeada e aspecto bolhoso. Odor fétido	Orientar e tratar Tratar o parceiro	Metronidazol 500mg ou 5ml 3 vezes ao dia durante 7 dias ou Secnidazol 2g VO dose única ou Tinidazol 2gVO dose única e metronidazol creme vaginal por 7 dias.
Candidíase	Prurido intenso. Leucorréia leitosa e espessa e hiperemia vulvar	Orientar e tratar	Nistatina creme vaginal 1 aplicação por dia por 14 dias, se não melhorar Fluconazol 150 mg dose única

- Em caso de resultado normal e a paciente apresentar queixas ginecológicas como: leucorréia, sangramento pós-coito, dispareunia, prurido etc., encaminhar para consulta médica.

**SINAN** : incluiu em sua lista de doenças passíveis de notificação as seguintes entidades nosológicas:

- Cancro mole;
- Candidíase
- Donovanos
- Herpes genital;
- HPV/condiloma acuminado;
- HTLV;
- Infecção por clamídia;
- Sífilis primária;
- Sífilis secundária;
- Sífilis latente recente;
- Tricomoníase;
- Vaginose bacteriana;
- Além de outras formas de Sífilis e Linfogranuloma Venéreo que já faziam parte da lista de agravos.

Os quadros sem definição etiológica poderão ser notificados pelo SINAN por meio das síndromes clínicas listadas abaixo:

- Síndrome de úlcera genital;
- Síndrome de corrimento uretral;
- Síndrome de corrimento vaginal;
- Síndrome de corrimento cervical;
- Síndrome de dor pélvica.

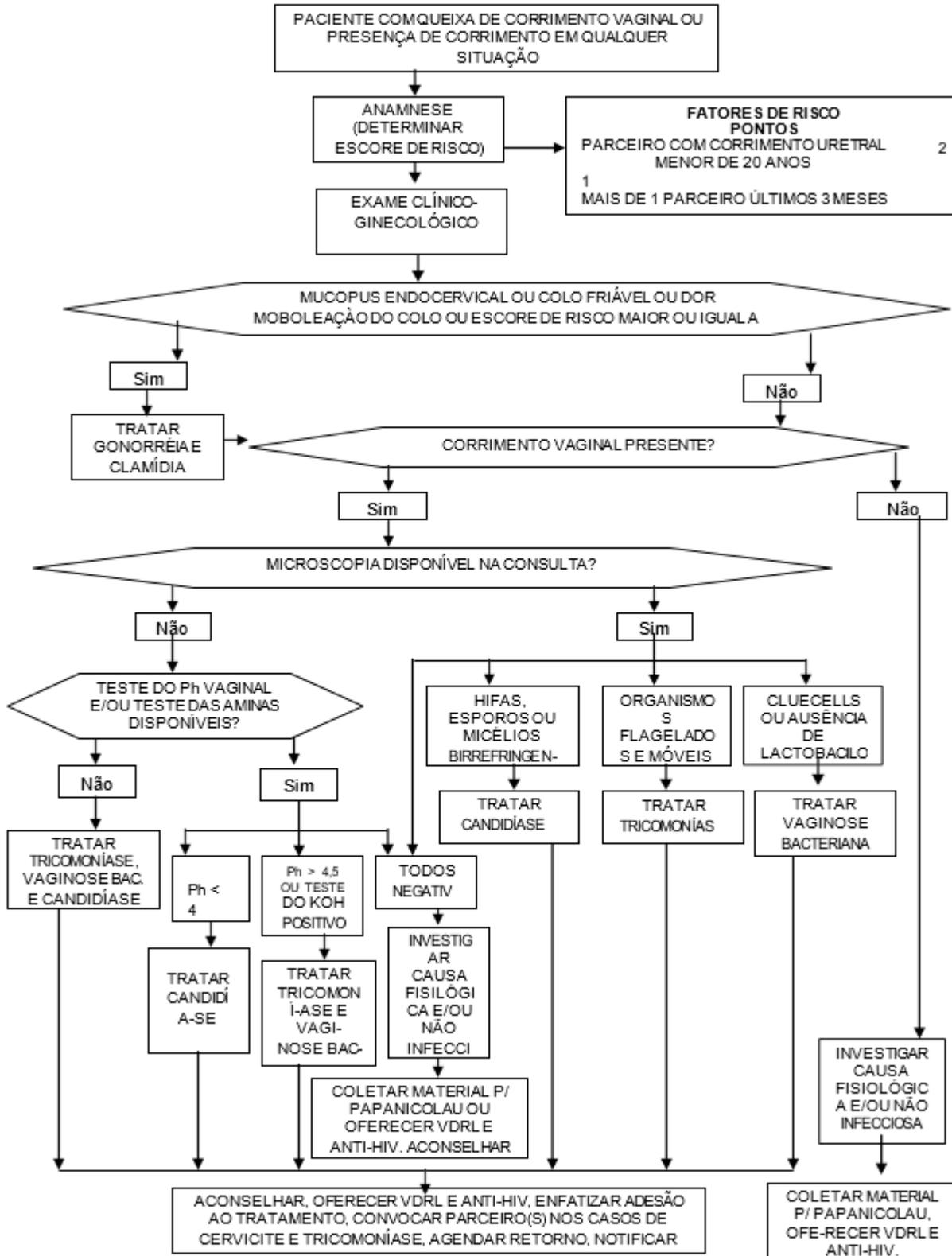
Tabela com as DST, síndromes e respectivos códigos constantes no Código Internacional de

Doenças (CID), edições 9 e 10:

**TABELA 06 – DST’S E RESPECTIVOS CID**

DST	CID 9	CID 10
Sífilis congênita	090	A 50
Sífilis primária	091.0	A 51.0
Sífilis secundária	091.3	A 51.3
Sífilis recente latente	92.9	A 53.5
Sífilis: outras formas e não especificadas	097	A 53
Cancro mole	99.0	A 57
Donovanose	99.2	A 58
Herpes simples	54.1	A 60
Linfogranuloma venéreo	99.1	A 55
Infecção gonocócica	098	A 54
Uretrite causada por clamídia	099.3	A 56
Cervicite causada por clamídia	078.9	A 56
Outras uretrites	99.4	N 34.2
Outras cervicites	619.9	N 72.1
Tricomoniase	131.0	A 59.0
Vaginose bacteriana	616.X	Não 76.9
Condiloma acuminado	78.1	A 63.0
Infecção subclínica ou latente pelo HPV	079	B 34.2
DST não especificada	99.9	A 64
Transtornos inflamatórios da pelve feminina	614.2	N 74
Síndrome de úlcera genital (homem)	607.8	N 48.5
Síndrome de úlcera genital (mulher)	616.5	N 77.0
Síndrome de corrimento uretral	788.7	R 36
Síndrome de corrimento vaginal	616.1	N 77.1
Síndrome de corrimento cervical	616.0	N 72
Síndrome de desconforto ou dor pélvica	625.8	R 10.2

## TABELA 07 - CORRIMENTOS VAGINAIS



## 7 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O setor de Vigilância Epidemiológica reúne os seguintes sistemas de informação:

- \* SINASC: Sistema de Informação de Nascimentos
- \* SIM: Sistema de Informação de Mortalidade
- \* SINAN: Sistema de Informação de Agravos Notificáveis
- \* SI-PNI: Programa Nacional de Imunização
- \* SISLOG LAB –
- \* Tabagismo
- \* SISVAN
- \* TUBERCULOSE E SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS

O Sistema de Informação de Nascimentos é utilizado principalmente para o controle de nascimentos de crianças de risco, através da distribuição das vias rosas das declarações de nascimentos para busca ativa de crianças de risco. Este programa é denominado “Vida Vitoriosa”.

O Sistema de Informação de Mortalidade é utilizado para investigação e análise de óbitos de menores de um ano, bem como estabelecer ações de prevenção de novos óbitos, investigação de óbito materno e de mulher em idade fértil.

O Programa Nacional de Imunização abrange a distribuição e controle de todas as vacinas que pertencem ao calendário nacional de Imunização.

O Sistema de Informação de Agravos Notificáveis é uma das maneiras de averiguar e controlar as doenças de notificação compulsória existentes no município, que são estabelecidas pelo Estado, essas são em torno de 70. Sendo algumas somente notificadas e outras notificadas e investigadas.

As mais comuns de ocorrência municipal são as seguintes:

- **HIV – AIDS:** Realizado exame à livre demanda via teste rápido. O exame de HIV para as gestantes é realizado a nível municipal, sendo o resultado mais rápido. Se o resultado for positivo é encaminhado para realizar mais um exame para confirmar o diagnóstico, antes de entregar o exame para a (o) paciente. Se confirmar o resultado reagente a (o) paciente é encaminhado para o setor de epidemiologia para iniciar o tratamento.

- **ATENDIMENTO ANTI RÁBICO:** Identificar o agressor e seguir o protocolo do ministério da Saúde afixado na parede da UBS
- **ACIDENTE POR ANIMAL PEÇONHENTO:** Identificar o agressor e seguir o protocolo do ministério da Saúde afixado na parede da UBS
- **TUBERCULOSE:** Se o paciente for sintomático respiratório, o médico e/ou o Enfermeiro solicitam o exame de BK e RX para paciente. Se der positivo o (a) paciente inicia tratamento prescrito pelo médico /enfermeiro conforme protocolo do MS e solicita demais exames para o paciente e comunicantes.
- **HANSENÍASE:** Se for verificado pelo médico e/ou Enfermeiro manchas suspeitas na pele de pacientes, solicitar exame de baciloscopia de linfa, e encaminhar os mesmos ao setor de epidemiologia para realização de outros exames e posterior tratamento. O paciente passa pela avaliação de incapacidade.
- **HEPATITE e outras Síndromes Ictero Febris, Leptospirose:** Na suspeita de caso novo o médico e/ou o Enfermeiro podem solicitar TGO e TGP, Bilirrubinas, mandar sempre guardar o soro para confirmar diagnóstico. Se der alterado preencher ficha de notificação e solicitar sorologia específica para suspeita. Casos detectados no banco de sangue devem ser encaminhados para acompanhamento e controle do paciente.
- **DENGUE:** Na suspeita de Dengue o enfermeiro poderá solicitar exame de hemograma e sorologia para dengue, realização da prova do laço
- **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS:** Na suspeita de doenças exantemáticas o enfermeiro poderá solicitar exame de hemograma e sorologia específica.
- **HANTAVIROSES:** Na suspeita de hantavirose o enfermeiro poderá solicitar exame de hemograma, RX de tórax e sorologia específica.
- **COVID:** Na suspeita de Covid a partir do 03 dia de sintoma o enfermeiro poderá realizar o teste rápido, disponível na Ubs.
- **EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO:** Hepatite e HIV. Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados, devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e hepatite B necessitam ser iniciados logo após a ocorrência do

acidente, para a sua maior eficácia. É importante ressaltar que as medidas profiláticas pós-exposição não são totalmente eficazes, enfatizando a necessidade de se implementar ações educativas permanentes, que familiarizem os profissionais de saúde com as precauções universais e os conscientizem da necessidade de empregá-las adequadamente, como medida mais eficaz para a redução do risco de infecção pelo HIV ou hepatite em ambiente ocupacional.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### PORTARIA Nº 816, DE 31 DE MAIO DE 2005

***Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências.***

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas e outras tecnologias, tendo por base seus impactos na saúde da população e na organização dos serviços;

Considerando a necessidade de identificar e ordenar os protocolos clínicos e assistenciais existentes e em elaboração no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade de racionalizar os gastos públicos com a incorporação de novos procedimentos e tecnologias;

Considerando a necessidade de estabelecer processos permanentes de incorporação e revisão dos protocolos clínicos e assistenciais e tecnologias em saúde, tendo por base as evidências científicas disponíveis, os benefícios e riscos para saúde dos usuários, seu custo-efetividade e impacto na organização dos serviços e na saúde da população; e

Considerando a necessidade de superação do elevado grau de dependência do país na incorporação de equipamentos e insumos médicos, resolve:

Art. 1º Constituir o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, vinculado ao Gabinete do Ministro.

Art. 2º O Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde (CGN) terá a seguinte composição:

I - Ministério da Saúde

- a) um representante da Secretaria-Executiva;
- b) três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;
- c) três representantes da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE;
- d) dois representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- e) um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - SGTES;
- f) um representante da Secretaria de Gestão Participativa - SGP;
- g) um representante do Instituto Nacional de Câncer - INCa;

- h) dois representantes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- i) dois representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;
- II - um representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO;
- III - um representante da Associação Médica Brasileira -AMB;
- IV - um representante da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino - ABRAHUE;
- V - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS;
- VI - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.

§ 1º O Ministro de Estado da Saúde designará um Coordenador Executivo do CGN.

§ 2º Cada membro do CGN indicará um suplente.

Art. 3º Compete ao Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde:

I - analisar e propor critérios e estratégias de desenvolvimento e avaliação permanente de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas e incorporação tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

II - analisar e propor a incorporação de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas, tecnologias, insumos e inovações voltadas à assistência à saúde, tendo por base o perfil epidemiológico da população brasileira, as prioridades do SUS, estudos de impacto e custo-efetividade e as evidências científicas existentes, revendo-os periodicamente;

III - identificar os protocolos e diretrizes assistenciais existentes e em elaboração, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e da assistência suplementar;

IV - propor estudos de Avaliação Tecnologia em Saúde – ATS a serem submetidos ao Grupo de Trabalho permanente em ATS, coordenado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia/DECIT, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/SCTIE/MS;

V - revisar os protocolos clínicos e assistenciais existentes;

VI - elaborar e aprovar o seu regimento; e

VII - instalar grupos de trabalho e câmaras técnicas que ofereçam subsídios à tomada de decisão, baseados nos resultados dos estudos de avaliação de tecnologias em saúde realizados no âmbito do GT Permanente em ATS, coordenado pelo DECIT/SCTIE.

Parágrafo único. Fica facultado ao CGN convidar técnicos e instituições para participarem de suas reuniões, em função dos temas a serem tratados.

Art. 4º As decisões do Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde serão submetidas ao Ministro de Estado da Saúde.

Art. 5º O Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde contará com uma Secretaria-Executiva, vinculada ao Gabinete do Ministro.

Art. 6º Compete à Secretaria-Executiva do Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, vinculada ao Gabinete do Ministro:

I - coordenar e executar as ações definidas pelo CGN;

II - coordenar os grupos de trabalho e câmaras técnicas que discutirão sobre tomadas de decisão, definidas pelo CGN;

III - informar ao CGN o andamento das atividades demandadas;

IV - convocar reuniões ordinárias e extraordinárias do CGN e de seus grupos de trabalho e câmaras técnicas, garantindo-lhes a infra-estrutura necessária;

V - apoiar, organizar e coordenar a realização de eventos, relativos a protocolos clínicos e assistenciais e diretrizes terapêuticas, em parceria com as áreas afins;

VI - promover a elaboração e difusão de materiais técnicos definidos pelo CGN e aprovados pelo Ministro de Estado da Saúde; e

VII - Assessorar o CGN.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

## ANEXO 2

### **RESOLUÇÃO COFEN nº 159/1993 – Revogada pela Resolução Cofen nº 544/2017**

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de sua competência, tendo em vista as deliberações do Plenário em sua 214ª Reunião Ordinária,

Considerando o caráter disciplinador e fiscalizatório do COFEN e dos Regionais sobre o exercício das atividades nos serviços de Enfermagem do País;

Considerando que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública a consulta de Enfermagem, como uma atividade fim;

Considerando o Art. 11, inciso I, alínea "i" da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, que a regulamenta, onde legitima a Consulta de Enfermagem e determina como sendo uma atividade privativa do enfermeiro;

Considerando os trabalhos já realizados pelo COFEN sobre o assunto, contidos no PAD-COFEN nº 18/88;

Considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;

Considerando que a Consulta de Enfermagem tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde;

Considerando que a Consulta de Enfermagem compõe-se de Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem;

Considerando a institucionalização da consulta de Enfermagem como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população;

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º** – Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem

**Art. 2º** – Esta Resolução entrará em vigor na data de sua assinatura.

Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993.

**Gilberto Linhares Teixeira**

COREN-RJ nº 2.380

Presidente

**Ruth Miranda de C. Leifert**

COREN-SP nº 1.104

Primeira-Secretária

## ANEXO 3

### Presidência da República Casa Civil

#### LEI No 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.

(Vide Decreto nº 8.778, de 1946)

(Vide Lei nº 7.498, de 1986)

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

Art. 2º A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

Art. 4º A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

Art. 5º (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

Art. 6º São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea *d* do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;

II - o titular de diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º São Parteiras:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta lei, como certificado de Parteira.

Art. 10. (VETADO).

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) (VETADO);
- e) (VETADO);
- f) (VETADO);
- g) (VETADO);
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 14. (VETADO).

Art. 15. As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 15-A. O piso salarial nacional dos Enfermeiros contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, será de R\$ 4.750,00 (quatro mil setecentos e cinquenta reais) mensais. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Parágrafo único. O piso salarial dos profissionais celetistas de que tratam os arts. 7º, 8º e 9º desta Lei é fixado com base no piso estabelecido no **caput** deste artigo, para o Enfermeiro, na razão de: (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

I - 70% (setenta por cento) para o Técnico de Enfermagem; (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

II - 50% (cinquenta por cento) para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Art. 15-B. O piso salarial nacional dos Enfermeiros contratados sob o regime dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, nos termos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, será de R\$ 4.750,00 (quatro mil setecentos e cinquenta reais) mensais. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Parágrafo único. O piso salarial dos servidores de que tratam os arts. 7º, 8º e 9º desta Lei é fixado com base no piso estabelecido no **caput** deste artigo, para o Enfermeiro, na razão de: (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

I - 70% (setenta por cento) para o Técnico de Enfermagem; (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

II - 50% (cinquenta por cento) para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Art. 15-C. O piso salarial nacional dos Enfermeiros servidores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de suas autarquias e fundações será de R\$ 4.750,00 (quatro mil setecentos e cinquenta reais) mensais. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Parágrafo único. O piso salarial dos servidores de que tratam os arts. 7º, 8º e 9º desta Lei é fixado com base no piso estabelecido no **caput** deste artigo, para o Enfermeiro, na razão de: (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

I - 70% (setenta por cento) para o Técnico de Enfermagem; (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

II - 50% (cinquenta por cento) para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Art. 15-D. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Art. 15-E. As instituições de saúde, públicas e privadas, ofertarão aos profissionais de enfermagem referidos no parágrafo único do art. 2º condições adequadas de repouso, durante todo o horário de trabalho. (Incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

Parágrafo único. Os locais de repouso dos profissionais de enfermagem devem, na forma do regulamento: (Incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

I - ser destinados especificamente para o descanso dos profissionais de enfermagem; (Incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

II - ser arejados; (Incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

III - ser providos de mobiliário adequado; (Incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

IV - ser dotados de conforto térmico e acústico; (Incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

V - ser equipados com instalações sanitárias; (Incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

VI - ter área útil compatível com a quantidade de profissionais diariamente em serviço. (Incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

Art. 16. (VETADO).

Art. 17. (VETADO).

Art. 18. (VETADO).

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 19. (VETADO).

Art. 20. Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, detodos os graus, os preceitos desta lei.

Parágrafo único. Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21. (VETADO).

Art. 22. (VETADO).

Art. 23. O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta lei.

Parágrafo único. A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta lei.

Parágrafo único. É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu artigo 15. (Redação dada pela Lei nº 8.967, de 1986)

Art. 24. (VETADO).

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 25. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27. Revogam-se (VETADO) as demais disposições em contrário.

Brasília, 25 de junho de 1986; 165º da Independência e 98º da República.

JOSÉ SARNEY *Almir Pazzianotto Pinto*

## ANEXO 4

### RESOLUÇÃO COFEN-195/1997

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso das atribuições previstas no artigo 8º, incisos IX e XIII da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, no artigo 16, incisos XI e XIII do Regimento da Autarquia aprovado pela Resolução COFEN-52/79 e cumprindo deliberação do Plenário em sua 253ª Reunião Ordinária,

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no seu artigo 11, incisos I alíneas "i" e "j" e II, alíneas "c", "f", "g", "h" e "i";

Considerando o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no artigo 8º, incisos I, alíneas "e" e "f" e II, alíneas "c", "g", "h", "i" e "p";

Considerando as inúmeras solicitações de consultas existentes sobre a matéria;

Considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;

Considerando os programas do Ministério da Saúde:

"DST/AIDS/COAS";

"Viva Mulher";

"Assistência Integral e Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC)";

"Controle de Doenças Transmissíveis" dentre outros,

Considerando Manuais de Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde: "Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS – Controle das Doenças Transmissíveis";

"Pré-Natal de Baixo Risco" – 1986;

"Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de controle da Hanseníase" – 1988;

"Procedimento para atividade e controle da Tuberculose"- 1989;

"Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas Poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase"- 1990;

“Guia de Controle de Hanseníase” – 1994;

“Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente” – 1995;

Considerando o Manual de Treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF);

Considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu cliente (paciente); e,

Considerando o contido nos PADs COFEN nº 166 e 297/91,

RESOLVE:

Art. 1º – O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

Art. 2º – A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 1997.

Gilberto Linhares Teixeira

COREN-RJ nº 2.380

Presidente Dulce Dirclair Huf Bais

COREN-MS nº 10.244

Primeira-Secretária

## ANEXO 5

**RESOLUÇÃO COFEN nº 358/2009**

**Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.**

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovada pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000;

**CONSIDERANDO** o art. 5º, Inciso XIII, e o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

**CONSIDERANDO** os princípios fundamentais e as normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007;

**CONSIDERANDO** a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;

**CONSIDERANDO** que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional;

**CONSIDERANDO** que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional;

**CONSIDERANDO** resultados de trabalho conjunto havido entre representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Gestão 2007-2010; e

**CONSIDERANDO** tudo o mais que consta nos autos do Processo nº 134/2009;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º – os *ambientes* de que trata o *caput* deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

**Art. 2º** O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

**I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)** – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

**II – Diagnóstico de Enfermagem** – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

**III – Planejamento de Enfermagem** – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

**IV – Implementação** – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

**V – Avaliação de Enfermagem** – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

**Art. 3º** O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

**Art. 4º** Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

**Art. 5º** O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

**Art. 6º** A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

**Art. 7º** Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

**Art. 8º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Resolução COFEN nº 272/2002.

Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA COREN-RO n.º 63.592

Presidente

## ANEXO 6

## RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

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](http://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 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.

**Art. 7º** Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

**Art. 8º** Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

**Art. 9º** Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 10** Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.

**Art. 11** Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.

**Art. 12** Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

**Art. 13** Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas

as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

**Art. 14** Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

**Art. 15** Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.

**Art. 16** Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.

**Art. 17** Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

**Art. 18** Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.

**Art. 19** Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

**Art. 20** Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

**Art. 21** Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

**Art. 22** Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

**Art. 23** Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

## CAPÍTULO II – DOS DEVERES

**Art. 24** Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

**Art. 25** Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

**Art. 26** Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 27** Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

**Art. 28** Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

**Art. 29** Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

**Art. 30** Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 31** Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

**Art. 32** Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

**Art. 33** Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

**Art. 34** Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

**Art. 35** Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

**§ 1º** É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

**§ 2º** Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

**Art. 36** Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

**Art. 37** Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

**Art. 38** Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

**Art. 39** Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

**Art. 40** Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

**Art. 41** Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

**Art. 42** Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

**Parágrafo único.** Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

**Art. 43** Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

**Art. 44** Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

**Parágrafo único.** Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

**Art. 45** Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

**Art. 46** Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

**§ 1º** O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

**§ 2º** É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

**Art. 47** Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

**Art. 48** Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

**Parágrafo único.** Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

**Art. 49** Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

**Art. 50** Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

**Parágrafo único.** Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

**Art. 51** Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

**Parágrafo único.** Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

**Art. 52** Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

**§ 1º** Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

**§ 2º** O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

**§ 3º** O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

**§ 4º** É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

**§ 5º** A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

**Art. 53** Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

**Art. 54** Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

**Art. 55** Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

**Art. 56** Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

**Art. 57** Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

**Art. 58** Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

**Art. 59** Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

**Art. 60** Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

### CAPÍTULO III – DAS PROIBIÇÕES

**Art. 61** Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

**Art. 62** Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

**Art. 63** Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

**Art. 64** Provocar, cooperar, ser conivente ou omissos diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

**Art. 65** Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

**Art. 66** Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congêneres, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

**Art. 67** Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

**Art. 68** Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

**Art. 69** Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

**Art. 70** Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

**Art. 71** Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

**Art. 72** Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

**Art. 73** Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

**Parágrafo único.** Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

**Art. 74** Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

**Art. 75** Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

**Art. 76** Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

**Art. 77** Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

**Art. 78** Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

**Art. 79** Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

**Art. 80** Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

**Art. 81** Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

**Art. 82** Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

**Art. 83** Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

**Art. 84** Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

**Art. 85** Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

**Art. 86** Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

**Parágrafo único.** Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

**Art. 87** Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

**Art. 88** Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

**Art. 89** Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

**Art. 90** Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ou Comissão de Ética de Enfermagem.

**Art. 91** Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

**Parágrafo único.** Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

**Art. 92** Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

**Parágrafo único.** O dispositivo no *caput* não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

**Art. 93** Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

**Art. 94** Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

**Art. 95** Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

**Art. 96** Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade.

**Art. 97** Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

**Art. 98** Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

**Art. 99** Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

**Art. 100** Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

**Art. 101** Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

**Art. 102** Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

#### **CAPÍTULO IV – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES**

**Art. 103** A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

**Art. 104** Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

**Art. 105** O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

**Art. 106** A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

**Art. 107** A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

**Art. 108** As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do Exercício Profissional;

V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

**§ 1º** A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

**§ 2º** A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

**§ 3º** A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

**§ 4º** A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

**§ 5º** A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

**§ 6º** As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

**§ 7º** Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

**Art. 109** As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

**Parágrafo único.** Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

**Art. 110** Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

I – A gravidade da infração;

II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;

III – O dano causado e o resultado;

IV – Os antecedentes do infrator.

**Art. 111** As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

**§ 1º** São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

**§ 2º** São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

**§ 3º** São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

**§ 4º** São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

**Art. 112** São consideradas circunstâncias atenuantes:

I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

II – Ter bons antecedentes profissionais;

III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;

IV – Realizar atos sob emprego real de força física;

V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;

VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

**Art. 113** São consideradas circunstâncias agravantes:

I – Ser reincidente;

II – Causar danos irreparáveis;

III – Cometer infração dolosamente;

IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;

V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;

VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;

VIII – Ter maus antecedentes profissionais;

IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

## **CAPÍTULO V – DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES**

**Art. 114** As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

**Art. 115** A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 116** A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 117** A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

**Art. 118** A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

**Art. 119** A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.

## ANEXO 7

### **DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.**

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

#### **DECRETA:**

#### CAPÍTULO I

#### DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

## CAPÍTULO II

### DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

#### Seção I

##### Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores .

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I - seus limites geográficos;
- II - população usuária das ações e serviços;
- III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

## Seção II

### Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º .

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
- III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

### CAPÍTULO III

#### DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

### CAPÍTULO IV

#### DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

### Seção I

#### Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

### Seção II

#### Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

~~Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.~~

Parágrafo único. O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações: [\(Redação dada pelo Decreto nº 11.161, de 2022\)](#) [Vigência](#)

I - da RENAME, a cada dois anos, e disponibilizará, nesse prazo, a lista de tecnologias incorporadas, excluídas e alteradas pela CONITEC e com a responsabilidade de financiamento pactuada de forma tripartite, até que haja a consolidação da referida lista; [\(Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022\)](#) [Vigência](#)

II - do FTN, à medida que sejam identificadas novas evidências sobre as tecnologias constantes na RENAME vigente; e [\(Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022\)](#) [Vigência](#)

III - de protocolos clínicos ou de diretrizes terapêuticas, quando da incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde no SUS e da existência de novos estudos e evidências científicas identificados a partir de revisões periódicas da literatura relacionada aos seus objetos. [\(Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022\)](#) [Vigência](#)

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

## CAPÍTULO V

### DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

#### Seção I

##### Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

## Seção II

### Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o [inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

## CAPÍTULO VI

### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o [inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990](#)

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

*Alexandre Rocha Santos Padilha*