

# ÁREA DA SAÚDE

LEGISLAÇÃO COMENTADA

CÓD: SL-090ST-24  
7908433264705

## Legislação

1. CONSTITUIÇÃO FEDERAL /88, SEÇÃO II – DA SAÚDE .....	7
2. LEI FEDERAL Nº 8.080 DE 19/09/1990 (SUS) .....	14
3. LEI FEDERAL Nº 8.142 DE 26/12/1990 (SUS) .....	48
4. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE PORTARIA 2488/2011.....	53
5. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 .....	109
6. RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017 Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. ....	189
7. LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. (LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM) .....	197
8. LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006 (Atribuições dos cargos) .....	206

# CONSTITUIÇÃO FEDERAL /88, SEÇÃO II – DA SAÚDE

## CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

### SEÇÃO II DA SAÚDE

Nesse estudo abordaremos os principais aspectos acerca da saúde com base na Constituição Federal de 1.988. Vejamos:

*“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

Este artigo afirma que a saúde é um direito fundamental de todo cidadão, sendo uma obrigação do Estado garantir esse direito por meio de políticas públicas.

Assim, a saúde deve ser assegurada com igualdade, abrangendo todos, sem discriminação, e o Estado deve adotar medidas para prevenir doenças, além de oferecer tratamento quando necessário.

– **Nota:** a criação do SUS é uma das formas de efetivar esse direito.

*“Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.*

Esse dispositivo destaca que os serviços e ações de saúde são de interesse público, ou seja, são questões que o Estado deve priorizar. Cabe ao **Poder Público** definir regras para esses serviços, fiscalizá-los e controlá-los. Apesar de ser uma responsabilidade do Estado, a execução desses serviços pode ser feita por empresas privadas, ONGs e outras instituições, sempre sob supervisão estatal.

*“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)*

*I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - participação da comunidade.”*

Aqui são apresentadas as diretrizes do **SUS**, que é uma rede integrada e coordenada em nível nacional, estadual e municipal. Desse modo:

**a) Descentralização:** significa que o SUS é gerido de forma autônoma em cada nível de governo;

**b) Atendimento integral:** assegura que a saúde deve ser tratada em todos os aspectos, com foco na prevenção; e

**c) A participação da comunidade:** indica que o controle social é fundamental para a gestão do SUS, ou seja, a população tem o direito de fiscalizar e sugerir melhorias.

*“§ 1º (Art. 198). O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)*

O financiamento do SUS é proveniente dos recursos da **seguridade social**, que englobam também a previdência e a assistência social.

Além disso, União, Estados, Distrito Federal e Municípios devem contribuir com suas respectivas cotas, além de possíveis outras fontes de financiamento.

**“§ 2º (Art. 198).** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 155 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, I, “a”, e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 156 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, I, “b”, e § 3º.”

Este parágrafo determina que cada ente federativo deve investir uma parte mínima de sua arrecadação de impostos em ações e serviços de saúde. Essa medida visa garantir que sempre haja recursos suficientes para manter o sistema funcionando.

Esquemmatizando, temos:

<b>UNIÃO</b>	A receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não pode ser inferior a 15% (quinze por cento).
<b>ESTADOS E DF</b>	O produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 155 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, I, “a”, e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.
<b>MUNICÍPIOS E DF</b>	O produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 156 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, I, “b”, e § 3º.

**“§ 3º (Art. 198).** Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;”

Dos dispositivos acima, extrai-se que a aplicação dos recursos deve ser feita de maneira **articulada e cooperativa** entre os diferentes níveis de governo. O objetivo é que as ações sejam coordenadas, evitando desperdícios e garantindo que a população tenha acesso a um sistema integrado e eficiente.

**“§ 4º (art. 198).** Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. ”

Os administradores municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) poderão contratar agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias através de um **processo seletivo público**, levando em consideração a **natureza** e o **grau de complexidade** das atividades que esses profissionais irão desempenhar, bem como os **requisitos específicos** exigidos para exercerem suas funções.

**“§ 5º (Art. 198).** Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. ”

O regime jurídico, o **piso salarial nacional** e as diretrizes para os Planos de Carreira dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias são definidos por Lei Federal. Essa lei também regulamentará as atividades desses profissionais.

Além disso, caberá à **União** oferecer assistência financeira adicional aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para garantir o cumprimento do piso salarial estabelecido.

**“§ 6º (Art. 198).** Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

**§ 7º (Art. 198).** O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais. ”

Em consonância com os dispositivos acima, a remuneração dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias é de responsabilidade da União. Ademais, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm a função de definir, juntamente com outras compensações e benefícios, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações para reconhecer e valorizar o trabalho desses profissionais.

**“§ 8º (Art. 198).** Os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva.

**§ 9º (Art. 198).** O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal.”

Da Legislação exposta, extrai-se que os recursos que forem destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias, deverão ser consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva.

Já o vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não poderá ser em valor inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal.

**“§ 10 (Art. 198).** Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade.”

Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias também terão direito à aposentadoria especial devido aos riscos associados às suas funções. Além disso, receberão um adicional de insalubridade, que será somado aos seus vencimentos.

**“§ 11 (Art. 198).** Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal.”

Determina o §11, do art. 198 da CFB/88, que os recursos financeiros transferidos pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o pagamento da remuneração ou de quaisquer outros benefícios dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão considerados no cálculo do limite de despesas com pessoal.

**“§ 12 (art. 198).** Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado.

**§ 13 (Art. 198).** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o § 12 deste artigo, adequarão a remuneração dos cargos ou dos respectivos planos de carreiras, quando houver, de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional.

A lei federal n.º 14.434/2022 estabelece os pisos salariais profissionais nacionais para enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiras, os quais deverão ser seguidos por entidades jurídicas de direito público e privado. Vejamos:

**“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.

**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:

I - 70% (setenta por cento) para o Técnico de Enfermagem;

II - 50% (cinquenta por cento) para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira.”

# LEI FEDERAL Nº 8.080 DE 19/09/1990 (SUS)

- a) **Alimentação:** nutrição adequada é fundamental para a saúde e o desenvolvimento;
- b) **Moradia:** condições adequadas de habitação evitam a exposição a riscos, como doenças respiratórias ou infecciosas;
- c) **Saneamento básico:** acesso a água potável, esgoto tratado e coleta de lixo são essenciais para prevenir doenças;
- d) **Meio ambiente:** um ambiente saudável e sustentável é essencial para o bem-estar;
- e) **Trabalho:** condições dignas e seguras de trabalho impactam a saúde física e mental dos trabalhadores;
- f) **Renda:** níveis adequados de renda possibilitam o acesso a alimentação, moradia, educação, saúde e outros bens essenciais;
- g) **Educação:** o nível educacional influencia o acesso à informação sobre saúde, prevenções e hábitos saudáveis;
- h) **Atividade física:** essencial para a manutenção da saúde física e mental;
- i) **Transporte:** o acesso a meios de transporte pode facilitar o deslocamento para serviços de saúde, trabalho e lazer;
- j) **Lazer:** o tempo livre e atividades de lazer são importantes para a saúde mental e o bem-estar social;
- k) **Acesso aos bens e serviços essenciais:** refere-se à disponibilidade de recursos e infraestrutura necessária para garantir uma vida digna.

Em resumo, a saúde é um conceito amplo que engloba diversos aspectos da vida cotidiana, e para que haja saúde plena, essas condições básicas precisam ser garantidas.

Já o “*Parágrafo único*” complementa o artigo anterior, enfatizando que a saúde vai além da ausência de enfermidades e que o Estado tem a responsabilidade de proporcionar condições de bem-estar físico, mental e social. Ou seja, as políticas públicas devem ser voltadas para garantir um equilíbrio entre esses três pilares:

- a) **Bem-estar físico:** Assegura que as pessoas tenham acesso a cuidados médicos, prevenção de doenças, nutrição e atividades físicas.
- b) **Bem-estar mental:** Envolve a saúde psicológica e emocional das pessoas, garantindo acesso a serviços de saúde mental e medidas preventivas contra o estresse e outros transtornos.
- c) **Bem-estar social:** Inclui a integração social, acesso a oportunidades de lazer, cultura e um ambiente saudável de convivência.

Assim, o conceito de saúde é tratado de maneira integral, considerando o indivíduo como parte de um coletivo, onde várias esferas da vida se entrelaçam para proporcionar uma qualidade de vida digna.

Este artigo, portanto, reflete a visão mais moderna de saúde, onde o bem-estar não é uma responsabilidade individual isolada, mas está profundamente ligado às políticas públicas e ao ambiente social em que vivemos. Isso também reforça a interdependência entre as esferas sociais, econômicas e ambientais para a promoção da saúde.

*“Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).”*

*“§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.”*

*“§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.”*

O Artigo 4º define a composição do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os princípios de sua atuação. O artigo 4º deixa claro que o SUS é composto por um conjunto de ações e serviços de saúde oferecidos pelas diferentes esferas do poder público (federal, estadual e municipal); inclui tanto a administração direta (órgãos governamentais como secretarias de saúde),

quanto a indireta (autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista). Isso reflete a natureza descentralizada e hierarquizada do SUS, onde as diferentes esferas de governo colaboram para promover ações de saúde pública de maneira coordenada.

O SUS é o principal responsável pela oferta de serviços de saúde no Brasil, abrangendo desde a atenção primária, como postos de saúde, até serviços mais complexos, como hospitais.

O parágrafo 4º, acrescenta que o SUS não é responsável apenas pela prestação de serviços médicos, mas também pelo controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos e medicamentos. Isso inclui, por exemplo, órgãos como a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), que desempenham um papel crucial na fiscalização, pesquisa científica e fabricação de vacinas, medicamentos e equipamentos médicos.

Além disso, envolve o fornecimento de sangue e hemoderivados (componentes sanguíneos usados em tratamentos), o que garante um suporte integral e eficaz ao sistema de saúde.

Esse parágrafo reforça a integralidade do SUS, mostrando que o sistema vai além do tratamento de doenças e abrange todo o processo de prevenção, controle e pesquisa necessários para garantir a saúde pública.

Já o parágrafo 2º estabelece a possibilidade de participação da iniciativa privada no SUS, mas sempre em caráter complementar. Isso significa que, se o sistema público de saúde não for capaz de atender a todas as demandas da população, o setor privado pode ser chamado para atuar em parceria, por exemplo, mediante convênios ou contratos com hospitais e clínicas privadas.

No entanto, essa participação é limitada, pois, a iniciativa privada não pode substituir o papel do Estado, mas apenas complementar quando necessário. O objetivo é garantir que o SUS continue sendo universal e gratuito, acessível a todos os cidadãos, independentemente da renda ou condição social.

**Nota:** Esse artigo reforça a estrutura pública do SUS, mostrando que ele é composto por uma rede abrangente de órgãos e instituições que garantem desde o tratamento até a produção de medicamentos e controle de qualidade. Ao mesmo tempo, abre espaço para que o setor privado complemente o atendimento quando necessário, mantendo o foco na universalidade e equidade do sistema.

Em suma, o SUS é um sistema robusto que se baseia em uma rede de instituições públicas, mas que pode, em momentos específicos, contar com a iniciativa privada para garantir que o atendimento seja prestado a toda a população de forma eficaz e contínua.

**“Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:**

*I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;*

*II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;*

*III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.”*

Em esquema, temos:

<b>OBJETIVOS DO SUS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;</li><li>– Formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;</li><li>– Assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.</li></ul>
-------------------------	--

Além disso, determina o Art. 6º da Lei em estudo, que também estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador;
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- e) de saúde bucal;
- f) a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- g) a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- h) a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- i) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

- j) a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- k) o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- l) a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- m) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- n) o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- o) a formulação e execução da política de sangue e seus derivados; e
- p) o a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações.

**“ § 1º (Art. 6º).** Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.”

Esse dispositivo trata da vigilância sanitária, uma função essencial do sistema de saúde pública, com o objetivo de prevenir riscos e garantir a saúde da população.

Conforme o parágrafo 1º, art. 5º, a vigilância sanitária é definida como um conjunto de ações voltadas para prevenir, eliminar ou diminuir riscos à saúde. Essas ações se destinam a intervir em problemas sanitários que possam surgir de diversas fontes, como o meio ambiente, a produção e circulação de bens e a prestação de serviços.

A vigilância sanitária é fundamental para garantir que os produtos e serviços consumidos ou utilizados pela população sejam seguros e estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos.

Ou seja, a vigilância sanitária atua de forma preventiva, monitorando e regulando ambientes e atividades que podem impactar a saúde, seja no controle de alimentos, medicamentos, cosméticos, produtos de limpeza, entre outros. Também atua na inspeção de estabelecimentos de saúde, como hospitais, clínicas e laboratórios, garantindo que prestem serviços adequados e seguros.

O inciso I, trata do controle de bens de consumo que têm impacto direto ou indireto na saúde. Esse controle ocorre em todas as etapas: desde a produção, passando pela distribuição e comercialização, até o consumo final. Aqui, a vigilância sanitária regula, por exemplo:

- a) **Alimentos e bebidas:** verificação de qualidade e segurança para o consumo.
- b) **Medicamentos e vacinas:** garantia de que os produtos farmacêuticos sejam seguros e eficazes.
- c) **Produtos de higiene e cosméticos:** certificação de que não causam danos à saúde.
- d) **Insumos industriais:** Verificação de substâncias químicas usadas em processos industriais que podem impactar a saúde. Esse controle é crucial para impedir que produtos nocivos à saúde cheguem ao mercado e, conseqüentemente, ao consumidor.

O inciso II, se refere ao controle da prestação de serviços que têm relação direta ou indireta com a saúde. Isso inclui, por exemplo:

- a) **Hospitais e clínicas:** avaliação da qualidade e segurança dos serviços prestados.
- b) **Laboratórios:** garantia de que análises e exames sejam realizados de forma segura e precisa.
- c) **Serviços de estética e beleza:** monitoramento de salões, clínicas de estética, entre outros, para que sigam padrões de segurança.
- d) **Serviços de transporte:** fiscalização de condições sanitárias em transportes de alimentos, medicamentos ou até no transporte público, que pode influenciar a disseminação de doenças.

Este inciso destaca que o objetivo é garantir que os serviços relacionados à saúde sigam padrões rigorosos de qualidade e segurança, evitando riscos sanitários.

**Nota:** A vigilância sanitária é uma ferramenta fundamental de proteção à saúde pública, pois intervém diretamente nos fatores que podem representar riscos à saúde da população. Ao abranger tanto o controle de produtos quanto o controle de serviços, assegura que a população tenha acesso a bens e serviços que não prejudiquem a saúde, tanto no âmbito do consumo quanto no uso de serviços essenciais. Essas ações preventivas são de extrema importância para garantir que as condições de saúde pública sejam mantidas de forma adequada e segura, promovendo o bem-estar coletivo.

**“§ 2º (Art. 6º).** Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

# LEI FEDERAL Nº 8.142 DE 26/12/1990 (SUS)

**b) Conselho de Saúde:** um órgão que atua na supervisão e na formulação de diretrizes para a gestão do SUS, assegurando que as necessidades da população sejam consideradas nas decisões.

Essas instâncias promovem a participação da comunidade e a transparência na administração do SUS, fortalecendo a governança e a responsabilidade no sistema de saúde pública.

*“§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.”*

*“§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.”*

Desse modo, em cada esfera de governo, o SUS contará com instâncias colegiadas. São elas:

CONFERÊNCIA DE SAÚDE	CONSELHO DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none"><li>– Reunião a cada quatro anos com a representação dos segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;</li><li>– Pode ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Caráter permanente e deliberativo;</li><li>– Órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.</li></ul>

*“§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.”*

*“§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.”*

*“§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.”*

A legislação acima estabelece diretrizes sobre a composição e a organização dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Vejamos os principais pontos:

#### – Representação do Conass e Conasems

Estabelece que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão assentos no Conselho Nacional de Saúde, garantindo que as vozes dos gestores estaduais e municipais estejam representadas nas discussões e decisões sobre políticas de saúde.

Por exemplo, se um novo programa de saúde pública é proposto, os secretários estaduais e municipais podem influenciar sua implementação trazendo experiências e necessidades específicas de suas regiões.

#### – Representação Paritária dos Usuários

Os usuários dos serviços de saúde terão uma representação equivalente aos demais grupos nos Conselhos e Conferências de Saúde, assegurando que suas opiniões e necessidades sejam levadas em conta nas decisões.

Por exemplo: em uma conferência sobre saúde mental, a voz de pacientes e representantes de organizações de usuários terá o mesmo peso que a de profissionais da saúde e gestores, promovendo uma abordagem centrada nas necessidades da população.

#### – Regimento Próprio

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde devem ter suas normas de organização e funcionamento definidas em um regimento que será aprovado pelo respectivo conselho. Isso assegura que cada conselho tenha regras claras e adaptadas às suas particularidades.

Por exemplo: um conselho municipal pode estabelecer um regimento que permita a realização de reuniões mensais e define a forma como os membros podem sugerir pautas, promovendo uma gestão mais eficiente e transparente.

*“Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:*

*I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;*

*II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;*

*III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;*

*IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.”*

*“Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.”*

Dispõe o artigo 2º que os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados na forma de:

- a) Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- b) Investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- c) Investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; e
- d) Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

**Importante:** os recursos referentes à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, serão destinados a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

*“Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.”*

*“§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.” (Vide Lei nº 8.080, de 1990)*

*“§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.”*

*“§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.”*

A legislação acima, aborda a distribuição de recursos financeiros para o Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes para sua aplicação. Vejamos os principais pontos:

#### Critério de Repasse de Recursos

O primeiro parágrafo menciona que, enquanto não houver uma regulamentação específica para os critérios de repasse de recursos estabelecidos na Lei nº 8.080/90, será utilizado um critério previamente definido. Isso indica que há uma necessidade de estruturação e clareza nos critérios de distribuição, mas até que isso aconteça, uma abordagem temporária será adotada.

– **Exemplo:** Se de acordo com o critério atual, um município que enfrenta um surto de doenças contagiosas necessita de mais recursos, mas a regulamentação não está pronta, ele receberá apoio baseado no critério já em vigor.

#### Destinação dos Recursos

O §2º determina que pelo menos 70% dos recursos financeiros devem ser direcionados aos Municípios, com o restante alocado para os Estados. Isso enfatiza a importância de financiar diretamente as administrações locais, que são responsáveis pela execução dos serviços de saúde.

– **Exemplo:** Um município que enfrenta uma alta demanda por serviços de saúde poderá utilizar a maior parte dos recursos que recebe para melhorar a infraestrutura de seus hospitais e postos de saúde, enquanto os Estados podem receber uma fração para apoio geral.

### **Consórcios entre Municípios**

O terceiro parágrafo permite que os Municípios formem consórcios para executar ações e serviços de saúde, possibilitando o remanejamento de recursos entre eles. Essa flexibilidade pode levar a uma gestão mais eficiente e colaborativa, especialmente em regiões onde os municípios são pequenos ou enfrentam dificuldades financeiras.

– **Exemplo:** Dois municípios que não têm recursos suficientes para implementar um programa de vacinação podem se unir em um consórcio para compartilhar recursos e realizar a campanha de forma conjunta, beneficiando ambos.

Esses pontos refletem uma estratégia de gestão que busca garantir uma distribuição justa e eficaz dos recursos, priorizando a saúde local e promovendo a colaboração entre diferentes esferas do governo.

**“Art. 4º** Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.”

**“Parágrafo único.** O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

**“Art. 5º** É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.”

O artigo 4º aponta que para receber recursos, os Municípios, Estados e o Distrito Federal devem ter:

- a) Fundo de Saúde
- b) Estabelecimento de um fundo específico para a saúde.
- c) Conselho de Saúde com composição paritária conforme o Decreto nº 99.438 (7 de agosto de 1990).
- d) Plano de Saúde claro das ações e serviços de saúde;
- e) Relatórios de Gestão com documentos que permitam o controle conforme o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080 (19 de setembro de 1990);
- f) Contrapartida de Recursos e inclusão de recursos para a saúde no orçamento local; e
- g) Comissão de Elaboração do PCCS, para a criação do Plano de Carreira, Cargos e Salários, com prazo de dois anos para implementação.

Além disso, conforme o parágrafo único desse dispositivo, o não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Por fim, ressalta-se que de acordo com o artigo 5º desta Lei, mediante portaria do Ministro de Estado, o Ministério da Saúde é plenamente autorizado a estabelecer condições para aplicação desta legislação.

**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**

*Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.*

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

**Art. 1º** O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

**§ 1º** A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

# POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE PORTARIA 2488/2011

*deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;*

*III - adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;*

*IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e*

*V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.*

*“A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.”*

*“A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais”.*

Do disposto acima, destaca-se que a **Atenção Básica é fundamentada em diretrizes que visam garantir uma saúde integral e equitativa, com destaque para os seguintes pontos:**

- Território Adstrito

A atuação em um território definido permite a programação e o desenvolvimento de ações que abordem os condicionantes da saúde, assegurando equidade.

#### - Acesso Universal e Contínuo

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, promovendo acolhimento e responsabilização, garantindo que todas as pessoas sejam atendidas sem exclusões.

#### - Vínculo e Responsabilização

É essencial criar relações de confiança entre usuários e profissionais, assegurando a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, o que ajuda a acompanhar a saúde dos indivíduos ao longo do tempo.

#### - Integralidade

A coordenação entre diferentes ações de saúde e a colaboração multiprofissional são fundamentais para atender de forma completa as necessidades dos usuários, priorizando sempre o cuidado centrado no paciente.

#### - Participação dos Usuários

A ampliação da autonomia dos usuários e sua participação ativa na construção do cuidado são vitais para o enfrentamento dos determinantes de saúde, promovendo um controle social efetivo.

A Política Nacional de Atenção Básica considera a Saúde da Família como a estratégia prioritária para consolidar a atenção básica, adaptando-se às especificidades de cada região.

#### Das Funções na Rede de Atenção à Saúde

“Esta Portaria conforme normatização vigente do SUS, define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “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”.

“Neste sentido, atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.”

A Portaria estabelece as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma estratégia fundamental para proporcionar um cuidado integral e atender às necessidades de saúde da população.

As RAS são organizadas em arranjos que integram ações e serviços de saúde com diferentes tecnologias e missões assistenciais, destacando-se pela atenção básica como o primeiro ponto de contato e porta de entrada do sistema. Essa atenção deve cumprir algumas funções essenciais:

#### - Ser Base

A atenção básica é a modalidade mais descentralizada e próxima da população, sendo crucial para o cuidado.

#### - Ser Resolutiva

Ela deve identificar riscos e necessidades de saúde, utilizando diversas tecnologias e promovendo intervenções efetivas, além de fortalecer a autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

#### - Coordenar o Cuidado

A atenção básica deve gerenciar projetos terapêuticos individuais e organizar o fluxo de usuários entre os diferentes pontos da RAS, atuando como um centro de comunicação que garante a continuidade e a integração do cuidado.

#### - Ordenar as Redes

É fundamental que a atenção básica reconheça as necessidades de saúde da população e organize a programação dos serviços em conformidade com essas necessidades.

A aplicação dessas funções visa garantir um acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, conforme a regulamentação vigente, e promover uma gestão compartilhada da atenção integral.

Parte inferior do formulário

#### **Das Responsabilidades**

*“São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:*

*I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos fundamentos e diretrizes assinalados;*

*II - apoiar e estimular a adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da atenção básica à saúde;*

*III - garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;*

*IV - contribuir com o financiamento tripartite da Atenção Básica;*

*V - estabelecer, nos respectivos Planos de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;*

*VI - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;*

*VII - desenvolver, disponibilizar e implantar os sistemas de informações da Atenção Básica de acordo com suas responsabilidades;*

*VIII - planejar, apoiar, monitorar e avaliar a Atenção Básica;*

*IX - estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;*

*X - divulgar as informações e os resultados alcançados pela atenção básica;*

*XI - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;*

*XII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País; e*

*XIII - estimular a participação popular e o controle social.”*

Em suma, ressalta-se que as responsabilidades comuns a todas as esferas de governo no contexto da Atenção Básica incluem:

- Reorientação do Modelo de Atenção

Contribuir para ajustar o modelo de atendimento e gestão conforme os princípios estabelecidos.

- Apoio à Estratégia Saúde da Família

Promover a adoção dessa estratégia nos serviços municipais como uma prioridade para expandir e qualificar a atenção básica.

- Infraestrutura das Unidades de Saúde

Garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento adequado das Unidades Básicas de Saúde.

- Financiamento Tripartite

Colaborar no financiamento da Atenção Básica entre as esferas federal, estadual e municipal.

- Planejamento de Saúde

Definir prioridades, estratégias e metas para organizar a Atenção Básica em seus Planos de Saúde.

- Qualificação da Força de Trabalho

Desenvolver mecanismos para qualificar os profissionais de saúde e garantir seus direitos trabalhistas, promovendo formação contínua.

- Sistemas de Informação

Implantar e gerenciar sistemas de informação adequados à Atenção Básica.

- Planejamento e Avaliação

Planejar, monitorar e avaliar a Atenção Básica de forma contínua.

- Controle e Regulação

Estabelecer mecanismos de controle e acompanhamento dos resultados das ações de Atenção Básica.

- Divulgação de Resultados

Compartilhar informações e resultados obtidos pela Atenção Básica.

Intercâmbio de Experiências: Promover troca de experiências e incentivar pesquisas para aprimorar a Atenção Básica.

- Parcerias

Criar colaborações com organizações internacionais e do setor privado para fortalecer a Estratégia Saúde da Família.

- Participação Popular

Estimular a participação da população e o controle social sobre os serviços de saúde.

# PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

*“Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.”*

O Art. 4º define que a estratégia prioritária da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é a Saúde da Família para expandir e consolidar a Atenção Básica. No entanto, outras estratégias podem ser reconhecidas, desde que sigam os princípios da portaria e sejam transitórias, devendo ser incentivada sua conversão para a Estratégia Saúde da Família.

O Art. 5º destaca que a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica é fundamental para atender às necessidades da população. Isso deve ser feito de maneira integral, considerando os fatores que determinam, influenciam e causam riscos à saúde, com foco na colaboração entre diferentes setores.

O Art. 6º estabelece que todos os estabelecimentos que ofereçam serviços de Atenção Básica no SUS serão chamados de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essas UBS são vistas como locais com potencial para educação, formação de profissionais, pesquisa, inovação e avaliação tecnológica dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Esses artigos reforçam a importância da Estratégia Saúde da Família como eixo central da Atenção Básica no SUS e a necessidade de integração e aprimoramento contínuo dos serviços.

Parte inferior do formulário

## **DAS RESPONSABILIDADES**

**“Art. 7º** São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

*I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;*

*II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;*

*III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;*

*IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;*

*V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;*

*VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;*

*VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;*

*VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;*

*IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;*

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e

XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial."

**"Art. 8º** Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais. "

O art. 8º estabelece as responsabilidades do Ministério da Saúde na gestão da Atenção Básica em nível nacional.

O Ministério da Saúde deve:

✓ Definir e revisar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, de forma pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

✓ Garantir recursos federais para o financiamento da Atenção Básica.

✓ Destinar recursos de forma regular e automática, com repasses fundo a fundo para apoiar as ações e serviços de Atenção Básica.

✓ Apoiar gestores dos estados, Distrito Federal e municípios na qualificação e consolidação da Atenção Básica.

✓ Definir estratégias para avaliação e qualificação da Atenção Básica em articulação com os gestores estaduais e municipais.

✓ Estabelecer diretrizes nacionais e fornecer instrumentos para facilitar a gestão, formação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica.

✓ Trabalhar com o Ministério da Educação para ajustar os currículos dos cursos de saúde, formando profissionais adequados às necessidades da Atenção Básica.

✓ Apoiar a articulação de instituições para garantir a educação continuada e permanente dos profissionais de saúde, em parceria com as Secretarias de Saúde locais.

Essas competências são fundamentais para garantir a coordenação, financiamento e qualificação da Atenção Básica no SUS, promovendo a articulação entre diferentes níveis de governo e instituições.

**“Art. 9º** Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.”

O Art. 9º define as responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal na coordenação da Atenção Básica em seus territórios, com base nas diretrizes nacionais. De forma resumida:

As responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal incluem:

✓ Pactuar estratégias e normas para a implementação da Política Nacional de Atenção Básica em suas regiões, através da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e colegiados de gestão no DF.

✓ Destinar recursos estaduais de forma regular para compor o financiamento da Atenção Básica, com repasses fundo a fundo para custeio e investimentos.

✓ Ser corresponsáveis pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios.

✓ Analisar dados estaduais gerados pelos sistemas de informação e utilizá-los para planejamento e divulgação de resultados.

✓ Verificar a qualidade e consistência dos dados enviados pelos municípios, dentro dos prazos estabelecidos, e dar retorno aos gestores locais.

✓ Divulgar relatórios de indicadores de Atenção Básica para garantir o acesso à informação.

✓ Oferecer apoio institucional aos municípios para implantar, acompanhar e qualificar a Atenção Básica, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família.

✓ Definir estratégias de articulação com os municípios para institucionalizar o monitoramento e a avaliação da Atenção Básica.

✓ Disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos para facilitar a formação e a educação permanente das equipes de gestão e de atenção.

✓ Articular instituições de ensino e serviço em parceria com os municípios para garantir a educação permanente dos profissionais de saúde.

✓ Fortalecer a Estratégia Saúde da Família como estratégia principal de organização da Atenção Básica na rede de serviços.

Essas responsabilidades são essenciais para garantir a implementação eficaz da Atenção Básica em nível estadual e distrital, promovendo o apoio aos municípios e a qualidade dos serviços.

**“Art. 10** Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

## RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017 APROVA O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.

06.12.2017

*Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

**O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen**, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

**CONSIDERANDO** que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**RESOLVE:**

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

**Art. 2º** Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, *Obstetizes e Parteiros*, 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 63592Presidente  
**MARIA R. F. B. SAMPAIO**COREN-PI Nº 19084Primeira-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.*

## LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. (LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM)

A Lei federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação da enfermagem bem como cuida de outras providências referentes ao assunto. Nesse estudo abordaremos os principais aspectos desta legislação. Nesse sentido, dispõe o artigo 1º:

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

Esse dispositivo estabelece que o exercício da enfermagem é livre em todo o território nacional, ou seja, qualquer profissional devidamente habilitado pode exercer a profissão de enfermagem em qualquer parte do Brasil.

No entanto, esse exercício não é completamente irrestrito, pois deve seguir as disposições previstas na própria lei. Isso implica que, além da habilitação profissional, o enfermeiro deve cumprir os requisitos legais, éticos e técnicos estabelecidos para o exercício da profissão.

Além disso, esse artigo reflete o princípio da liberdade profissional, mas também ressalta que essa liberdade está condicionada ao cumprimento de normas que garantam a qualidade e a segurança do serviço prestado, protegendo tanto o profissional quanto os pacientes.

*“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.”*

Esse artigo estabelece que o exercício da enfermagem e suas atividades auxiliares é restrito a profissionais devidamente habilitados e inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da área em que atuam.

Isso significa que, além de obter a formação necessária, o profissional precisa estar registrado no órgão regulador da sua profissão para atuar legalmente. Essa regra visa garantir que apenas profissionais qualificados, sob a supervisão de um órgão fiscalizador, possam exercer a enfermagem, assegurando a qualidade e segurança dos serviços de saúde.

O parágrafo único define quem tem o direito de exercer a profissão de enfermagem, estabelecendo que o exercício da enfermagem é exclusivo de quatro categorias profissionais:

- a) Enfermeiro;
- b) Técnico de Enfermagem;
- c) Auxiliar de Enfermagem;
- d) Parteira.

Cada uma dessas categorias tem um nível de habilitação específico, que determina suas responsabilidades e atribuições. Ou seja, dentro da enfermagem, cada profissional pode desempenhar funções de acordo com sua formação e competência técnica.

Isso implica que, enquanto o enfermeiro, por exemplo, tem responsabilidades mais amplas e complexas, como a supervisão e planejamento do cuidado, os técnicos e auxiliares executam atividades de menor complexidade, sempre respeitando as limitações legais de cada categoria.

Essa estrutura hierarquizada visa garantir uma divisão clara de responsabilidades, protegendo a qualidade do atendimento e a segurança do paciente.

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

Este artigo estabelece que o planejamento e a programação das instituições e dos serviços de saúde devem incluir também o planejamento e a programação específicos da enfermagem.

Isso reconhece a importância da enfermagem como parte integrante e essencial dos serviços de saúde, destacando que a organização e a operação das instituições de saúde não podem ser eficazes sem considerar a atuação da equipe de enfermagem.

O papel da enfermagem vai além da execução de cuidados diretos aos pacientes; também envolve a gestão do cuidado, a coordenação das equipes e o desenvolvimento de estratégias para garantir a qualidade e segurança do atendimento.

Dessa forma, o planejamento das atividades de enfermagem precisa estar alinhado ao planejamento geral das instituições de saúde, garantindo um atendimento integrado e eficiente.

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

Este dispositivo trata de um aspecto específico da **programação de enfermagem**, que inclui a **prescrição da assistência de enfermagem**. A prescrição da assistência de enfermagem é o ato pelo qual o enfermeiro, com base em sua avaliação e conhecimentos técnicos, planeja e determina as ações que devem ser realizadas para o cuidado de um paciente.

Além disso, esse dispositivo legal reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro dentro da equipe de saúde, permitindo que ele, com base em diagnósticos de enfermagem, prescreva cuidados específicos para atender às necessidades de saúde dos pacientes. Essa prescrição pode incluir atividades como curativos, administração de medicamentos e intervenções no cuidado diário, sempre baseadas em evidências e orientadas pelo estado clínico do paciente.

Em resumo, o Art. 4º valoriza o papel estratégico do enfermeiro na coordenação do cuidado e na definição das ações assistenciais, reafirmando sua autoridade no âmbito da assistência de enfermagem.

O artigo 6º elenca os profissionais de saúde que são considerados enfermeiros. Vejamos:

**“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 Obstetrix 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 Obstetrix, 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 Obstetrix;*

**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.”**

Nesse dispositivo, destaca-se que o **inciso IV**, trata de uma categoria específica de profissionais que podem ser considerados Enfermeiros, mesmo que não sejam abrangidos pelos critérios anteriores.

Ele estabelece que pessoas que obtiverem o título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea “d” do Art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961, também podem exercer a profissão de enfermeiro.

Ressalta-se que a alínea “d” do Art. 3º do Decreto nº 50.387/1961 permite que profissionais sem a formação acadêmica usual de enfermagem possam obter o título de Enfermeiro em situações específicas.

Esse decreto trata das condições para o reconhecimento de títulos para a prática da enfermagem no Brasil, incluindo, por exemplo, enfermeiros que obtiveram titulação em circunstâncias extraordinárias, como por meio de formação especial, prática comprovada ou reconhecimento por acordos internacionais de reciprocidade.

O objetivo do Inciso IV do Art. 6º é garantir que profissionais que não tenham seguido a trajetória tradicional de formação (como em cursos superiores de enfermagem) possam, ainda assim, ser reconhecidos como enfermeiros, desde que se enquadrem nas disposições estabelecidas por esse decreto de 1961.

Na prática, ele abriu uma exceção para que profissionais experientes ou formados em circunstâncias especiais pudessem ser legalmente habilitados a exercer a profissão de enfermeiro, garantindo assim sua inclusão no mercado de trabalho.

Por sua vez, o artigo 7º lista os que são considerados como técnicos de enfermagem, *in verbis*:

**“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.”*

Esse artigo define quem pode ser considerado Técnico de Enfermagem, estabelecendo dois critérios principais para isso:

**Inciso I**

O primeiro critério inclui aqueles que possuem o diploma ou certificado de Técnico de Enfermagem, expedido conforme a legislação brasileira e registrado no órgão competente.

Esse dispositivo ressalta que, para ser considerado um Técnico de Enfermagem, o profissional deve ter completado a formação em uma instituição reconhecida e atender às exigências legais de registro profissional, que é feito no Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Essa exigência visa garantir que o profissional tenha a qualificação adequada e esteja apto a exercer suas atividades com competência e segurança.

#### **Inciso II**

O segundo critério abrange pessoas que possuem diplomas ou certificados obtidos no exterior. Para que esses diplomas sejam válidos no Brasil, é necessário que tenham sido conferidos por uma escola ou curso estrangeiro e estejam registrados em razão de acordos de intercâmbio cultural entre os países, ou que o diploma tenha sido revalidado no Brasil.

Esse dispositivo permite que técnicos formados fora do país possam exercer a profissão no Brasil, desde que seus títulos sejam reconhecidos e validados pelas autoridades brasileiras, assegurando que os padrões de formação estejam de acordo com a legislação e a prática de enfermagem no Brasil.

Portanto, o artigo 7º estabelece que somente os profissionais devidamente qualificados e registrados podem atuar como Técnicos de Enfermagem, seja com formação no Brasil ou no exterior, desde que cumpram os requisitos legais. O objetivo é assegurar que todos os técnicos que atuam no país tenham a formação adequada e sejam capazes de prestar assistência com segurança, qualidade e dentro das normas legais.

Já o artigo 8º, trata acerca dos Auxiliares de Enfermagem, conforme segue abaixo:

*“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.”*

O Art. 8º da Lei nº 7.498/1986 define quem pode ser considerado Auxiliar de Enfermagem, detalhando as diversas formas de obtenção desse título. Vejamos:

**a) Inciso I:** Pessoas com certificado de Auxiliar de Enfermagem emitido por instituição de ensino conforme a legislação e registrado no órgão competente (COREN).

**b) Inciso II:** Quem possui diploma conferido pela Lei nº 2.822/1956, que regulamentava a profissão à época.

**c) Inciso III:** Pessoas com diplomas ou certificados conforme o Art. 2º, inciso III, da Lei nº 2.604/1955, emitidos até a publicação da Lei nº 4.024/1961.

**d) Inciso IV:** Titulares de certificados de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedidos até 1964 por órgãos de fiscalização do Ministério da Saúde ou Secretarias de Saúde estaduais, com base em decretos e leis antigas.

**e) Inciso V:** Pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem pelo Decreto-lei nº 299/1967, que organizou o quadro de auxiliares.

**f) Inciso VI:** Quem possui diploma ou certificado de escola estrangeira, desde que registrado por acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil.

**Obs:** esses dispositivos reconhecem diferentes caminhos históricos e legais para se tornar um Auxiliar de Enfermagem, incluindo formações nacionais e internacionais, com foco em garantir que profissionais qualificados possam exercer a função no Brasil.

O artigo 9º dispõe sobre as Parteiras.

*“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.”*

O Art. 9º define quem pode ser considerado Parteira no Brasil.

**a) Inciso I:** Parteiras que possuem o certificado conforme o Decreto-lei nº 8.778/1946, respeitando as regras da Lei nº 3.640/1959.

# LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006 (ATRIBUIÇÕES DOS CARGOS)

Esta Legislação regulamenta o §5º do art. 198 da Constituição Federal de 1988 e dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n.º 51, de 14 de fevereiro de 2006, além de dar outras providências pertinentes ao assunto.

Nesse estudo, abordaremos os principais aspectos da Lei n.º 11.350, de 2006 e suas atualizações.

Desse modo, dispõe o art. 1º desta Legislação, que “As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei”.

Além disso, a Lei n.º 14.799, de 2023, incluiu o parágrafo único ao art. 1º, nominando esta Legislação como **Lei Ruth Brilhante**. Isso, porque esta mulher foi uma defensora incansável dos direitos dos trabalhadores da saúde, especialmente dos agentes comunitários. Sua luta contribuiu significativamente para a valorização e a regulamentação dessas categorias profissionais.

**NOTA:** O nome “Lei Ruth Brilhante” simboliza o reconhecimento do esforço e da dedicação de Ruth em prol da saúde pública e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

**“Art. 2º** O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional. ”

**“§ 1º** É essencial e obrigatória a presença de Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família e de Agentes de Combate às Endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental. ”

**“§ 2º** Incumbe aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias desempenhar com zelo e presteza as atividades previstas nesta Lei. ”

O art. 2º desta Lei que regulamenta as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), estabelece que suas funções são desempenhadas exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses agentes são vinculados diretamente aos órgãos ou entidades da administração pública (direta, autárquica ou fundacional), conforme as responsabilidades dos entes federados.

Desse modo, a presença de Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família e de ACE na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental é essencial e obrigatória. Isso reforça a importância desses profissionais na prevenção de doenças e promoção da saúde pública.

Além disso, os agentes devem executar suas funções com zelo e presteza, ou seja, com dedicação e eficiência, cumprindo as atividades previstas na lei de forma responsável e diligente.

Em suma, o artigo destaca o papel essencial desses profissionais no SUS, vinculando-os diretamente aos entes públicos e reforçando a importância de sua atuação nas áreas de saúde da família e vigilância sanitária.

**“Art. 2º-A.** Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias são considerados profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para fins do disposto na alínea ‘c’ do inciso XVI do caput do art. 37 da Constituição Federal. (Incluído pela Lei nº 14.536, de 2023)”

O Art. 2º-A introduzido pela Lei nº 14.536, de 2023, reconhece expressamente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE) como profissionais de saúde, com suas profissões regulamentadas. Esse reconhecimento é relevante para fins da aplicação da alínea ‘c’ do inciso XVI do art. 37 da Constituição Federal, que trata da acumulação de cargos públicos.

A alínea “c” permite, excepcionalmente, que seja possível a acumulação de até dois cargos ou empregos públicos quando ambos forem de profissionais de saúde com profissões regulamentadas, desde que haja compatibilidade de horários.

A inclusão dos ACS e ACE nesse rol amplia o reconhecimento desses profissionais como essenciais à área da saúde e permite que eles, respeitadas as demais condições constitucionais, possam acumular cargos públicos.

Assim, a mudança reforça a importância do trabalho desses agentes no Sistema Único de Saúde (SUS), alinhando-os com os demais profissionais da área.

*“Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal. (Redação dada pela Lei nº 13.595, de 2018)*

O Art. 3º define as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), destacando seu papel fundamental na prevenção de doenças e na promoção da saúde. O texto enfatiza que essas atividades devem ser orientadas pelos princípios da Educação Popular em Saúde, que busca envolver a comunidade em um processo participativo e educativo, aproximando os serviços de saúde do cotidiano das pessoas.

As ações dos ACS podem ser realizadas em domicílios ou em espaços comunitários, tanto de forma individual quanto coletiva, sempre em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O enfoque está na saúde preventiva e na atenção básica, que são pilares essenciais do SUS para evitar a sobrecarga dos serviços de alta complexidade.

A atuação desses profissionais visa, principalmente, a ampliação do acesso da comunidade a informações sobre saúde, serviços de promoção social e a proteção da cidadania, o que contribui diretamente para a melhoria da qualidade de vida das populações assistidas, especialmente em áreas mais vulneráveis.

Além disso, o trabalho dos ACS é supervisionado por gestores públicos (municipais, distritais, estaduais ou federais), o que reforça a importância de seu papel dentro da estrutura de saúde pública, mantendo uma ligação constante com os serviços governamentais.

Em síntese, a redação dada pela Lei nº 13.595, de 2018, reforça o caráter essencial e abrangente da atuação dos ACS, alinhando suas atividades às políticas públicas de saúde do Brasil, em especial no que tange à prevenção e à promoção da saúde em nível comunitário.

*“§ 1º Para fins desta Lei, entende-se por Educação Popular em Saúde as práticas político-pedagógicas que decorrem das ações voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, estimulando o autocuidado, a prevenção de doenças e a promoção da saúde individual e coletiva a partir do diálogo sobre a diversidade de saberes culturais, sociais e científicos e a valorização dos saberes populares, com vistas à ampliação da participação popular no SUS e ao fortalecimento do vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários do SUS.” (Incluído pela Lei nº 13.595, de 2018)*

O § 1º define **Educação Popular em Saúde** como um conjunto de práticas político-pedagógicas que promovem, protegem e recuperam a saúde, incentivando o autocuidado e a prevenção de doenças. Essas ações se baseiam no diálogo entre diversos saberes—culturais, sociais e científicos—valorizando o conhecimento popular. O objetivo é ampliar a participação da população no **SUS** e fortalecer o vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários do sistema.

*“§ 2º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, é considerada atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e conseqüente encaminhamento para a unidade de saúde de referência.” (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)*

Em consonância com o §2º, do art. 3º, considera-se atividade fundamental do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública, bem como o encaminhamento destas pessoas para a unidade de saúde de referência.

*“§ 3º (Art. 3º) No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação: (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)*

*I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)*

*II - o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)*

*III - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)*

**IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento:** (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

- a) da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- b) da lactante, nos seis meses seguintes ao parto; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- c) da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- d) do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- e) da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- f) da pessoa em sofrimento psíquico; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- g) da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- h) da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- i) dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- j) da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

**V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento:** (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

- a) de situações de risco à família; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

VI - o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras). (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

Esquemmatizando, temos:

<b>MODELO DE ATENÇÃO EM SAÚDE FUNDAMENTADO NA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA</b>		
<b>ATIVIDADES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM SUA ÁREA GEOGRÁFICA DE ATUAÇÃO</b>	<b>REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES REGULARES E PERIÓDICAS P/ ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO</b>	<b>REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES REGULARES E PERIÓDICAS P/ IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural;</li> <li>- Detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições;</li> <li>- Mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e socioeducacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério;</li> <li>- Da lactante, nos seis meses seguintes ao parto;</li> <li>- Da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura;</li> <li>- Do adolescente, em conformidade com o previsto no ECA;</li> <li>- Da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos;</li> <li>- Da pessoa em sofrimento psíquico;</li> <li>- Da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas;</li> <li>- Da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal;</li> <li>- Dos grupos homossexuais e transexuais;</li> <li>- Da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De situações de risco à família;</li> <li>- De grupos de risco com maior vulnerabilidade social;</li> <li>- Do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação;</li> </ul>