



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA - CREMEB  
RUA GUADALAJARA, Nº 175 - MORRO DO GATO - BARRA  
TEL.: 3339-2800 - FAX: 3245-5751  
CEP.: 40140-460 - SALVADOR - BA  
[cremeb@cremeb.org.br](mailto:cremeb@cremeb.org.br)

## PARECER CREMEB Nº 25/2002

(Aprovado em Sessão Plenária em 05/07/2002)

### PROTOCOLO GERAL CREMEB Nós 83.651/01 e 85.533/02

**INTERESSADA:** DIRETORIA DO CREMEB

**ASSUNTO:** Atuação de enfermeiros em atos médicos

**RELATOR:** Cons. José Abelardo Garcia de Meneses

#### EMENTA:

Responsabilidade profissional. Solicitação de exames complementares. Prescrição de medicamentos. Atestado de saúde. Atestado de óbito.

A solicitação de exames complementares, a análise dos resultados e a prescrição de medicamentos constituem-se em ato médico exclusivo.

O enfermeiro, como integrante de equipe multidisciplinar de saúde, só pode prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

Os enfermeiros não podem ser autorizados a solicitar exames complementares e a prescrever medicamentos ao alvedrio da lei.

Atestado de saúde só pode ser emitido por médico ou odontólogo, este no limite de sua área de atuação.

É incumbência exclusiva do médico atestar o óbito, preenchendo e assinando a "Declaração de Óbito", em impresso fornecido pelo Ministério da Saúde.



## EXPOSIÇÃO

A Diretoria do CREMEB tem recebido uma série de documentos solicitando posicionamento desta Casa quanto a atuação de enfermeiros, especialmente no tocante a SOLICITAÇÃO DE EXAMES, PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS e ATESTADOS DE SAÚDE e de ÓBITO.

Designado relator pelo ilustre Corregedor Cons. Antônio Nery Alves Filho, passo a análise da matéria.

## PARECER

*Ab initio* os documentos que motivaram o presente expediente apontam para dúvidas surgidas na prática dos enfermeiros dentro do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), instituídos pelo Ministério da Saúde.

### O PSF

Visando reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, o Ministério da Saúde criou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), cuja estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Os profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) prestam o atendimento na unidade básica de saúde ou no próprio domicílio da família assistida. Desta forma cria-se um vínculo de cumplicidade e co-responsabilidade, facilitando a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Daí dizer-se que a estratégia do PSF ratifica princípios básicos do Sistema Único de Saúde, universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

O PSF atua a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, não significando que sejam criadas novas unidades de saúde, estando inserido no nível inicial de ações da atenção básica. Havendo necessidade de serviços de maior complexidade devem ser



asseguradas a referência e a contra-referência, através de clínicas e serviços contratados, garantindo desta forma a atenção integral aos indivíduos.

Cada equipe multiprofissional do PSF atende entre 600 e 1.000 famílias - 3.475 pessoas em média, e no máximo, 4.500 pessoas. Hoje são 10.788 equipes atuando no país, atendendo 36 milhões de brasileiros. A meta do Ministério da Saúde é ampliar para 20 mil o número de equipes da Saúde da Família, atendendo 69 milhões de pessoas até 2002. Compõem cada equipe, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Opcionalmente podem compor cada equipe: dentistas, psicólogos e assistentes sociais de acordo com as necessidades.

Na equipe de saúde da família (ESF) cada profissional tem as suas atribuições bem definidas. O **Médico** atende a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolvendo com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população. O **Enfermeiro** supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, bem como assiste às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio. O **Auxiliar de enfermagem** realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio e executa ações de orientação sanitária. E o **Agente Comunitário de Saúde** faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.<sup>1</sup>

Nos 4.266 municípios onde está implantado, o Programa Saúde da Família tem alcançado resultados positivos, especialmente quando se trata de idosos, crianças, mulheres e gestantes com a redução dos índices de mortalidade infantil; diminuição do número de mortes por doenças de cura simples e conhecida; e diminuição das filas nos hospitais das redes pública e conveniada com o SUS. Diante dos resultados alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil.



De acordo com as informações obtidas no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) até fevereiro de 2002, a cobertura das 654 equipes de saúde da família (ESF) para a Bahia alcançou 33,81% dos municípios, atendendo a 17,07% da população. Enquanto que no mesmo período a cobertura dos 17.779 agentes comunitários de saúde (PACS) alcançou a 99,76% dos municípios baianos, com a população acompanhada de 77,36%.<sup>ii</sup>

Sem dúvida alguma são números animadores, posto que é sobejamente conhecida a disposição do Ministério da Saúde para a reestruturação da atenção básica, estando o PSF colocado prioritariamente neste contexto.

Necessário se faz entender a lógica da velocidade de crescimento no quantitativo de equipes do PSF. Para isto, consultemos mais uma vez o site do Ministério da Saúde, para nos situarmos no processo de financiamento do PSF.

O financiamento do PSF deve ser garantido pelo PAB – Piso de Atenção Básica à Saúde, criado pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, (publicada no D.O.U. de 06 de novembro de 1996), conhecida por NOB/96, que surgiu para promover a reestruturação da atenção básica, redefinindo as responsabilidades dos poderes executivos (Federal, Estaduais e Municipais) e avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Desta forma, o financiamento do PSF é constituído pelo somatório das fontes estaduais e municipais garantidas pelo PAB, com os incentivos diferenciados, que é a parte variável do PAB, de acordo com a faixa de cobertura populacional, distribuídas por 9 faixas que variam de R\$ 28.008,00 (cobertura de 0 a 4,9%) a 54.000,00 (cobertura populacional igual ou superior a 70%) por equipe/ano. Existe também incentivo adicional de R\$ 10.000,00/equipe para a implantação de novas equipes. Além deste incentivo, o município recebe um incentivo fixo por agente comunitário de saúde de R\$ 2.200,00/ACS/ano. Obviamente que sem desprezar as vantagens da sua implantação e o impacto da cobertura populacional, está aí então a lógica do surpreendente crescimento do PSF. Ao nosso ver exatamente neste ponto surge a distorção trazida ao CREMEB. Havendo necessidade de acelerar a ampliação do número de equipes de PSF as prefeituras não estão conseguindo



contratar médicos em número suficiente para cobrir a demanda. Noticia-se que existem equipes de PSF sem médicos, daí, imagina-se, estarem os enfermeiros solicitando exames e prescrevendo medicamentos.

### **O AIDPI**

O Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1997 em quatro estados. Já em 1999 as atividades envolveram 23 estados da federação. Este programa visa a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, de forma global e com melhoria da qualidade da assistência prestada, ao invés dos tradicionais treinamentos específicos para cada doença, desta forma promovendo a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento das crianças pertencentes a grupo de risco. O programa tem promovido ações específicas para a população infantil como programas de incentivo ao aleitamento materno, controle de doenças diarréicas, controle das doenças respiratórias, programa ampliado de imunizações, suplementação alimentar e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, entre outros.

Segundo dados do Ministério da Saúde em 1997 foram hospitalizadas no Sistema Único de Saúde mais de 1.600.000 crianças menores de 5 anos com um custo de mais de 400 milhões de reais. Cerca de 60% das causas que levaram estas crianças à hospitalização foram decorrentes de problemas respiratórios e de doenças infecciosas e parasitárias. Internações passíveis de serem reduzidas através de medidas de prevenção e assistência em nível primário, contribuindo para diminuir substancialmente estes gastos e liberando leitos para patologias mais graves.

Esta estratégia é preconizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo UNICEF e direcionada para o atendimento em nível primário. Dadas as características desta estratégia, sua implantação está sendo priorizada nos municípios com mortalidade acima de 40/1000 vivos nos estados que aderirem a esta estratégia e municípios com os programas do PACS/PSF implantados. A adaptação do material produzido pela OMS aconteceu em 1996 e obedeceu as normas e diretrizes nacionais, levando em conta toda a diversidade



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA - CREMEB

RUA GUADALAJARA, 175 MORRO DO GATO - ONDINA

TEL.: 245-5200 - FAX.: 245-5751

CEP.: 40140-461 - SALVADOR - BA

e-mail: [camaras@cremeb.org.br](mailto:camaras@cremeb.org.br)

epidemiológica das distintas regiões do país. Contemplou-se ainda a elaboração de um material de nível técnico dirigido aos profissionais de nível superior, uma vez que o Brasil já conta com um trabalho comunitário através do PACS/PSF, que tem resultado na melhoria da qualidade de vida das crianças brasileiras.<sup>iii</sup>

Aqueles que defendem a atuação dos enfermeiros, além do preconizado na legislação brasileira, baseiam-se na Resolução COFEN 195/97 e no Programa de AIDPI do Ministério da Saúde.

#### **DA NORMA DO COFEN**

##### **RESOLUÇÃO Nº 195, DE 18 DE FEVEREIRO DE 1997**

**Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros**

**(...)**

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

**Considerando os programas do Ministério da Saúde: “DST/AIDS/COAS”; “Viva Mulher”, “Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança (Paismc)”; “Controle de Doenças Transmissíveis”, dentre outros;**

**Considerando Manuais de Normas Técnicas publicados pelo Ministério da Saúde: “Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS - Controle de Doenças Transmissíveis”; “Pré-natal de Baixo Risco”-1986; “Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de Controle da Hanseníase”-1988; “Procedimento para a atividade e controle da Tuberculose”-1989; “Normas Técnicas e Procedimentos para a utilização dos esquemas de Poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase”-1990. “Guia de Controle da Hanseníase”-1994; “Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente”-1995;**

**Considerando o Manual de treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar -ABEPF;**

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

**Resolve:**



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA - CREMEB

RUA GUADALAJARA, 175 MORRO DO GATO - ONDINA

TEL.: 245-5200 - FAX.: 245-5751

CEP.: 40140-461 - SALVADOR - BA

e-mail: camaras@cremeb.org.br

**Art. 1º - O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais. (Grifo do Relator)**

#### **DA NORMA DO CFM**

**RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/2001**

**Dispõe sobre o Ato Médico**

**(...)**

**RESOLVE:**

**Artigo 1º - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:**

- I. a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia (prevenção primária);
- II. a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);
- III. a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

**§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.**

**§ 2º - As atividades de prevenção primária e terciária que não impliquem na execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos podem ser atos profissionais compartilhados com outros profissionais da área da saúde, dentro dos limites impostos pela legislação pertinente. (Grifo do Relator)**

#### **DA LEGISLAÇÃO**

Fazendo uma percuciente pesquisa na legislação que regulamenta a profissão de enfermeiro encontramos, *in verbis*:

**Lei nº 7.498/87**

**(...)**

**Art. 11 - O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:**

**I - Privativamente:**

**(...)**

**c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;**

**(...)**

**j) prescrição da assistência de enfermagem;**

**(...)**



**II - como integrante da equipe de saúde:**

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;  
(...)
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;

**Decreto nº 94.406/87**

**Artigo 8º - Ao enfermeiro incumbe:**

**I - privativamente:**

(...)

e) consulta de enfermagem;

f) prescrição da assistência de enfermagem;

(...)

**II - como integrante da equipe de saúde:**

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;  
(...)
- g) participação na prevenção e controle de doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;  
(...)
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde. (Grifos do Relator)



Compulsando documentos que demonstrem o posicionamento do Conselho Federal de Medicina sobre a matéria, encontramos os pareceres 30/96, 29/98, 53/99 e 14/2001 cujas ementas nos remetem a firmarmos nossa posição, *in verbis*:

**Atos que visem diagnóstico, prognóstico ou terapêutica só podem ser praticados por médicos, ou executados por outros profissionais quando prescritos e/ou supervisionados por médico.**

**Toda equipe de saúde deve ser chefiada por médico.**

- Parecer CFM N° 30/96

**Somente o médico pode prescrever medicamentos e solicitar exames complementares.**

**Em equipes de saúde, sob supervisão médica, o enfermeiro pode encaminhar pedidos e orientar o uso de medicamentos previamente definidos em normas de procedimentos da equipe.**

- Parecer CFM N° 29/98

**Responsabilidade profissional. Solicitação de exames complementares.**

**A solicitação de exames de rotina e complementares constitui-se em ato médico.**

**Ao enfermeiro compete tão somente transcrever as prescrições médicas e solicitações de exames complementares contidos nos programas de saúde pública do Ministério da Saúde e nas rotinas aprovadas pela instituição de saúde. A análise destes exames é de exclusiva competência do médico.**

- Parecer CFM N° 53/99

**Programas de saúde não podem delegar a profissionais de saúde em geral atos de diagnóstico e tratamento, por serem estes de competência exclusiva do médico.**

- Parecer CFM N° 14/2001

Apesar destes argumentos, encontramos no site do Conselho Federal de Enfermagem (<http://www.portalcofen.gov.br>) Portaria nº 01/2001 da Prefeitura Municipal de Esperantina (Pi), autorizando aos enfermeiros lotados na Secretaria Municipal de Saúde a prescreverem medicamentos em tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão arterial, programa de saúde da mulher, programa de saúde da criança e tratamento das DST's. Um



outro documento diz respeito a ações semelhantes autorizadas pela Secretaria de Saúde do Município de Divinópolis (MG).

### **DOS ATESTADOS DE SAÚDE**

Considerando que a legislação prevê exceção quanto à emissão do atestado de saúde, apenas para os odontólogos, estes nos limites de sua área de atuação, não havendo, portanto, previsão legal para que outros profissionais atestem a saúde dos pacientes<sup>iv,v</sup>, é que o Conselho Federal de Medicina baixou a Resolução nº 1.548/99 determinando aos médicos só aceitarem atestados para avaliação de afastamento de atividades quando emitidos por médicos habilitados e inscritos no CRM, ou de odontólogos, estes no estrito âmbito de sua profissão.

### **DOS ATESTADOS DE ÓBITO**

A Declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica. Decorre deste fato a incumbência do médico atestar o óbito, preenchendo e assinando o impresso próprio, fornecido pelo Ministério da Saúde, de acordo com o artigo 77 da Lei nº 6.015/73, *in verbis*:

**Nenhum enterramento será feito sem certidão do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito, em vista do atestado médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.<sup>vi</sup>**

### **CONCLUSÃO**

Em equipe multidisciplinar cada profissional assume seu papel, limitado pela habilitação acadêmica e pelo que for estabelecido em lei. A solicitação de exames complementares, a análise dos resultados e a prescrição de medicamentos constituem-se em ato médico exclusivo, não podendo ser atribuição dos profissionais de enfermagem. O mesmo entendimento está consolidado quanto ao atestado de saúde e atestado de óbito.

O impacto da cobertura populacional implementado pelo Programa de Saúde da Família e a estratégia de priorização ao atendimento das crianças pertencentes a grupo de risco, preconizada pelo Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA - CREMEB  
RUA GUADALAJARA, 175 MORRO DO GATO - ONDINA  
TEL.: 245-5200 - FAX.: 245-5751  
CEP.: 40140-461 - SALVADOR - BA  
e-mail: [camaras@cremeb.org.br](mailto:camaras@cremeb.org.br)

devem ser relevados pela sociedade brasileira. Entretanto, as vantagens da implantação de ambos os programas não podem induzir os profissionais a exercerem seus atos ao arrepio da lei. Desta forma, devem ser alertados os senhores gestores do Sistema Único de Saúde, sobre este desvio na prática de ambos os programas, com a finalidade de preservar a saúde da população brasileira.

Este é o PARECER. S.M.J.

Salvador (Ba), 11 de abril de 2002.

**JOSÉ ABELARDO GARCIA DE MENESES**

CONSELHEIRO RELATOR

---

<sup>i</sup> Fonte: <http://www.saude.gov.br/psf>

<sup>ii</sup> Fonte: **SIAB** – Sistema de Informação da Atenção Básica.

<sup>iii</sup> Fonte: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/crianca/aidpi.htm>



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA - CREMEB  
RUA GUADALAJARA, 175 MORRO DO GATO - ONDINA  
TEL.: 245-5200 - FAX.: 245-5751  
CEP.: 40140-461 - SALVADOR - BA  
e-mail: [camaras@cremeb.org.br](mailto:camaras@cremeb.org.br)

- 
- <sup>iv</sup> Lei nº 605, de 5 de janeiro de 1949 (D.O.U., de 14-JAN-1949), que dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos (parágrafo 2º do artigo 6º).
  - <sup>v</sup> Lei nº 8.112/90 que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, quando trata da Licença para Tratamento de Saúde em seus artigos 202 e 203.
  - <sup>vi</sup> Laurenti R, Jorge M. H. P. O Atestado de Óbito. Núcleo de Estudos em População e Saúde – NEPS/USP. Nº 1.1996.