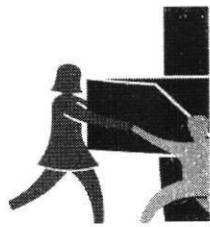




PREFEITURA MUNICIPAL DE CABRÁLIA PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECRETO nº 115 , 14 de Outubro de 2025.

IMPLANTA E NORMATIZA O PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE — MÓDULO 1: SAÚDE DA MULHER, COREN 2019,A RESOLUÇÃO COFEN Nº0690/2022 QUE NORMATIZA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PLANEJAMENTO FAMILIAR E REPRODUTIVO E O PROTOCOLO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM COM ÊNFASE NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, COFEN 2023

O PREFEITO MUNICIPAL DE CABRÁLIA PAULISTA, Estado de São Paulo,
ODEMIL ORTIZ DE CAMARGO, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendoa revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Unico de Saúde — SUS;

CONSIDERANDO o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, no artigo 8º, incisos I, alíneas "c" e "f" e II, alíneas "c", "g", "h", "i" e "p";

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho 1986, no seu artigo 11, inciso 1, alíneas "i" e "j" e inciso II, alíneas "c", "f", "g", "h" e "i", que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem;

CONSIDERANDO que para uma efetiva assistência ao paciente sem risco faz-se necessária a solicitação de exame de rotina e complementares e a prescrição adequada de medicamentos em programa de saúde pública pelo enfermeiro (a), instituído em rotinas aprovadas pela instituição de saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar, no âmbito municipal, as atividades inerentes aos enfermeiros integrantes das Unidades de Saúde e de equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família;

CONSIDERANDO a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que "Instituiu o Programa Previne Brasil", que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e a necessidade de qualificar indicadores alcançados pelas equipes credenciadasnos quesitos referente ao pré-natal;

CONSIDERANDO a necessidade de implementação e fortalecimento do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha;

CONSIDERANDO o parecer do COFEN nº 278/2017 que trata da normatização de procedimentos em enfermagem com foco na atuação do enfermeiro em planejamento familiar, especificamente em relação à inserção e remoção de dispositivos intrauterinos (DIU), desde que o profissional seja capacitado para execução desta técnica;

CONSIDERANDO a resolução do COFEN Nº 0690/2022 que normatiza a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo,



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABRÁLIA PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DECRETA:

Art. 1º. Implanta e normatiza o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde — Módulo 1: Saúde da Mulher, do COREN -SP e a resolução do COFEN Nº 0690/2022, no âmbito da Atenção Básica de Cabralia Paulista da Secretaria Municipal de Saúde de Cabralia Paulista.

Art. 2º. Autoriza o(a) Enfermeiro(a) das Unidades Básicas de Saúde a realizar consultas de enfermagem, encaminhamentos para especialidades médica/profissionais da saúde de apoio, solicitar exames de rotina e complementares, participar e atuar na assistência à anticoncepção e prescrever medicações, conforme protocolo supracitado ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal da Secretaria Municipal de Saúde, observadas as disposições legais da profissão.

Art.3º. Autoriza o(a) Enfermeiro(a) das Unidades Básicas de Saúde a realizar o Planejamento Familiar e Reprodutivo com ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a concepção e contracepção e de participar no processo de avaliação, indicação, escolha e implementação de novos métodos e tecnologias para a concepção e contracepção.

Art.4º. Autoriza o(a) Enfermeiro(a) das Unidades Básicas de Saúde a participar no processo de avaliação, indicação, escolha e implementação de novos métodos e tecnologias para a concepção e contracepção.

Art. 5º. Autoriza o(a) Enfermeiro(a) das Unidades Básicas de Saúde a realizar a inserção, revisão e retirada de Dispositivo Intrauterino (DIU), desde que estejam devidamente capacitados(as) conforme as normativas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Fica ainda condicionada à prévia e expressa manifestação de vontade da paciente, formalizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III), garantindo o direito à informação e a autonomia da paciente, e resguardando o profissional e o Município.

Art. 6º. Os profissionais de enfermagem inseridos em UBS/USF serão capacitados quanto às normas para assistência ao pré-natal, à prescrição de medicamentos e solicitações de exames de rotina ao pré-natal.

Art.7º. Fica estabelecido que os medicamentos e exames descritos nos Anexos I e II, deste Decreto, somente poderão ser prescritos/solicitados pelos (as) enfermeiros(as) inseridos nos programas de saúde pública, regulamentados pelo Ministério da Saúde, em funcionamento na rede municipal de saúde e para o âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Cabralia Paulista, podendo ser acrescidos/atualizados automaticamente desde que, regulamentado pelo Ministério da Saúde.

I - As prescrições ou solicitações de exames deverão ser feitas com os dados completos do paciente, data da prescrição e preferencialmente no sistema de informação vigente na Secretaria Municipal de Saúde.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABRÁLIA PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



II - A prescrição de medicamentos será restrita aos profissionais enfermeiros inseridos na Atenção Básica, e a dispensação autorizada nas farmácias da Secretaria Municipal de Saúde.

Art.8º. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se, Afixe-se e Cumpra-se.
Cabrália Paulista, 14 de Outubro de 2025.


ODEMIL ORTIZ DE CAMARGO
Prefeito Municipal



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABRÁLIA PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1 - PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

Protocolo de Saúde da Mulher, do COREN-SP, hospedado em:

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>

2 – RESOLUÇÃO DO COFEN Nº 0690/2022

<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-690-2022/>



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABRÁLIA PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO I

RELAÇÃO DE EXAMES AO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Item: Exames autorizados:

01	TIPO SANGUÍNEO E FATOR RH
02	TESTE DE COOMBS INDIRETO
03	HEMOGRAMA COMPLETO
04	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA
05	GLICEMIA EM JEJUM
06	TESTE DE TOLERANCIA A GLICOSE
07	TESTE RÁPIDO PARA HIV
08	TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS
09	TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B
10	TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C
11	VDRL
12	TOXOPLASMOSE IgG E IgM
13	URINA I
14	URUCULTURA E ANTIPIOGRAMA
15	PARASITOLÓGICO DE FEZES
16	TESTE RÁPIDO PARA GRAVIDEZ
17	BETA HCG

Item: Exames complementares autorizados:

01	FSH
02	TSH E T4
03	ESTRADIOL
04	COLESTEROL E SUAS FRAÇÕES/ TRIGLICÉRIDOS
05	MAMOGRAFIA
05	ALT/AST



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABRÁLIA PAULISTA

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO II

RELAÇÃO DE MEDICAÇÕES AO PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Item: medicamentos autorizados:

Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Noretisterona 0,35 mg
Noretisterona, enantato 50mg + estradiol, valerato 5 mg
Medroxiprogesterona, acetato 150 mg/ml
Levonorgestrel 0,75 mg
Benzilpenicilina benzatina
Miconazol creme a 2%
Nistatina 100.000 UI - um aplicador (5g)
Fluconazol, 150 mg
Azitromicina 500mg
Metronidazol, 250 mg,
Metronidazol, gel vaginal 100 mg/g, 1 aplicador (5g)
Ácido Tricloroacético (ATA) 80- 90%
Escopolamina 10 mg,
Dipirona 500mg
Paracetamol 500 mg
Ibuprofeno 600mg
Ácido fólico
Ferro elementar
Hidróxido de alumínio



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABRÁLIA PAULISTA



ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Paciente: _____
Cartão SUS: _____ CPF: _____

Leia cuidadosamente este folheto antes de assinar. Tenho certeza de ter entendido todas as vantagens, desvantagens e possíveis problemas que podem ocorrer com o uso do Dispositivo intra-uterino Tcu-380º (DIU). Se você tiver alguma dúvida pergunte-nos.

1-DECLARO para os devidos fins, e sob as penas da lei, que fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e estou ciente dos requisitos para sua realização. O DIU é um pequeno objeto de cobre que será colocado dentro do útero, por profissionais, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidades ou se for meu desejo retirá-lo.

2- DECLARO ainda que fui orientada sobre os riscos inerentes ao implante do DIU, tais como infecção, migração, perfuração uterina de 1 a 2 a cada 1000 inserções, expulsão de 40 a cada 1000 inserções, entre outras complicações. Iém disso, tenho conhecimento que o referido dispositivo pode causar alteração do ciclo menstrual, sangramento menstrual prolongado e volumoso, sangramento no intervalo entre menstruação e cólicas de maior intensidade.

3- DECLARO que fui orientada quanto a necessidade de procurar o serviço de saúde nos seguintes sinais de alarme: febre acima de 38°C, dor no baixo ventre sem melhorias com uso de analgésico, dor durante ou após relação sexual, menstruação com volume aumentado (04 a 06 absorventes em 1 hora), atraso menstrual de 2 ou mais semanas, perceber ao toque o corpo plástico do dispositivo no orifício do colo ou canal vaginal e presença de secreção com odor fétido.

4- DECLARO estar ciente de que o DIU não é um método contraceptivo 100% eficaz, podendo apresentar percentual de falhas. O DIU Tcu380A pode variar de 6 a 8 a cada 1000 inserções, não podendo ser descartada a possibilidade de gravidez após sua inserção, razão pela qual eximo o profissional de qualquer responsabilidade que venha ocorrer.

5- DECLARO também, que estou ciente que para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações realizadas pelo profissional de saúde, bem como à necessidade de acompanhamento regular após a implantação do dispositivo. O mesmo deverá ser trocado dentro prazo estipulado pelo fabricante.

6 - DECLARO que estou ciente do dever de comparecer em todos os retornos 45 dias, 3 meses, 6 meses e anualmente, conforme agendamento na Unidade Básica de Saúde.

Assim, considerando que todas as informações acima foram prestadas de forma clara e que foram por mim compreendidas, tendo esclarecidas todas as minhas dúvidas.

DECLARO estar satisfeita com as informações e que comprehendo os riscos e as consequências inerentes ao procedimento de implante de DIU, concordando com as condutas necessárias à sua realização, incluindo realização do teste de gravidez no momento da consulta.

ECLARO a ciência e entendimento das informações contidas no presente instrumento, aceitando o compromisso de respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo profissional, em razão de sua não observância ser capaz de acarretar riscos e efeitos colaterais.

Eu _____ estou ciente que estou realizando uma Consulta de Enfermagem com inserção do Dispositivo intrauterino, conforme a Lei do exercício profissional 7498/86 e Pareceres Técnicos Cofen 017/2010 e 278/2016, Resolução Cofen 690/2022.

Assinatura da paciente

Enfermeiro/COREN