



RESPOSTA TÉCNICA COREN-DF Nº 002/CTA/2023

EMENTA: Autonomia profissional do enfermeiro em atenção primária para definir os critérios da agenda de atendimentos de enfermagem.

DESCRITORES: UBS; ESF; Enfermagem.

1. DO FATO

Solicitação de Parecer Técnico ao Conselho Regional do Distrito Federal (COREN-DF) referente se o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família tem autonomia para definir os critérios para disponibilização da agenda de atendimentos eletivos da enfermagem.

- a) O enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família tem autonomia para definir os critérios para a disponibilização da agenda de atendimentos eletivos da enfermagem, sendo ele, no momento do contato junto ao usuário o profissional apto a definir diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico e cuidados de enfermagem?
- b) A gestão das Unidades de Saúde/UBS pode interferir/apropriar-se da autonomia dos enfermeiros em gerenciar a agenda de atendimento eletivo?

2. DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

A Enfermagem, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, segundo a Resolução Cofen n. 564/2017, está definida como:

[...] 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. [...]⁽¹⁾

A profissão de Enfermagem, está regulamentada na Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 e no Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Definem-se, nestes documentos, os direitos, as



competências das diferentes categorias da Enfermagem, além das penalidades a serem impostas aos infratores dos preceitos éticos. ⁽²⁾

No artigo 11 da referida Lei, cabe ao enfermeiro exercer privativamente atividades de enfermagem, como:

- a) *Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;*
- b) *Organização e direção dos exercícios de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;*
- c) *Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.*

Em relação as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017⁽³⁾ aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelecendo a diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Atenção Básica no Brasil é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e ocorre no local mais próximo da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Assim, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, acessibilidade, do vínculo, da continuidade do contato, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. São instaladas próximas onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem para desempenhar um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. ⁽⁴⁾

Nesta Portaria é descrito as atividades que compete especificamente à equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB);

- a. *Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica á que estão vinculadas;*
- b. *Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e*
- c. *Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de*



prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Já no item 4 da mesma, são citadas as Atribuições dos Membros das Equipes de Atenção Básica, elas devem seguir as disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, sendo comum a todos: ⁽⁴⁾

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários;

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessários, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência),

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração;

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

4.2.1 São atribuições específicas do enfermeiro:

II. Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo



gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III. Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

VIII. Implementar e manter atualizado rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX. Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

O fluxo que os usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem seguir é representado por um fluxograma descrito no manual de acolhimento à demanda espontânea, pg. 28, onde parte do pressuposto de que a recepção é o primeiro contato e se houver situações imprevistas cuja avaliação e definição de oferta(s) precisa(s) de cuidado não sejam possíveis na recepção, deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, se necessário, intervenções. ⁽⁴⁾

Contudo, o fluxograma não pode ser um padrão absoluto, pois pode gerar problemas decorrentes da falta de mediação e ajuste entre o padrão recomendado e uma realidade com características singulares. O mais importante, não é definir a ordem e o local onde cada ação deve ser realizada, mas uma lógica que supõe:

1 – Os usuários com atividades agendadas ou de rotina devem ser recebidos e direcionados, evitando esperas desnecessárias;

2 – Situações imprevistas são inerentes à vida, que requer organização da unidade e o processo de trabalho da equipe;

3 – Os trabalhadores encarregados de escutar demandas espontâneas devem ter a capacidade de analisá-las, ter clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, a possibilidade de diálogo com outros colegas, resolutividade e o respaldo para acionar cuidados que considerem a necessidade dos usuários. Mas, sempre lembrando que alguns fatores particulares da unidade podem exigir ajustes no fluxograma.

Há diferentes possibilidades de modelagens desses fluxos, cuja experimentação proporciona ajustes necessários à realidade de cada unidade como o protagonismo dos trabalhadores na implementação do acolhimento, de forma dialogada e compartilhada. A seguir, listamos alguns modelos de acolhimento utilizados em diferentes lugares. ⁽⁴⁾

a) **Acolhimento pela equipe de referência do usuário:** a principal característica deste é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de suas equipes de referência, assim



um profissional da equipe realiza a primeira escuta e dialoga com o usuário as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades.

b) **Acolhimento do dia:** quando a unidade tem mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade.

c) **Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia):** desenvolvido em unidades que tem mais de uma equipe, é estipulado uma determinada quantidade de usuários ou horário que o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados para atender à demanda espontânea de todas as áreas a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário estipulado para acolhimento das equipes.

d) **Acolhimento coletivo:** é realizado no primeiro momento do funcionamento da unidade, a equipe se reúne com os usuários que vieram por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, realiza-se escutas e conversas com eles. Além de acolhê-los é explicado a todos o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes.

Implantar ou mudar a modelagem do acolhimento, pode promover maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade, mas mesmo quando já está adaptado o *modus operandi*, ainda sim há diversas tensões que ocorrem no cotidiano e que precisam ser ajustadas com a parceria de todos.

Além disso, a agenda dos profissionais é um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, a continuidade do cuidado, sendo programado ou não. Por esse motivo, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações. A seguir apresentamos algumas possibilidades de gestão:

(5)

a) **A agenda programada para grupos específicos:** ela abrange o atendimento de pessoas previsto nas ações programáticas, esses pacientes/clientes não devem “disputar” as vagas de seu acompanhamento no acolhimento, sendo necessário que saiam da consulta com a marcação de seu retorno, data e horário definidos, inclusive se intercalar consultas médicas e de enfermagem.

b) **Os atendimentos agudos:** são os identificados a partir do acolhimento da demanda espontânea, os usuários devem ser atendidos de preferência de acordo com a classificação de risco.



c) **A agenda de retorno/reavaliação:** são os usuários que não fazem parte de ações programáticas, mas são pessoas identificadas no acolhimento e que não se incluem nas categorias anteriores, mas necessitam de atenção.

Não é aconselhável manter uma programação estanque de consultas segundo categorias ou grupos, pois podem variar dependendo de outras ofertas de cuidado e de situação epidemiológica. Planejar e organizar a agenda é importante e é necessário também se esforçar para diminuir o tempo de espera para atendimento individual. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver seus problemas e conseqüentemente as taxas de absenteísmo aumentam agravando o acesso aos serviços de saúde. ⁽⁵⁾

As equipes podem considerar alguns indicadores que serão utilizados nos processos de autoavaliação e de educação permanente, a fim de redefinir o modo como as agendas estão organizadas. Segue algumas sugestões de indicadores:

- Tempo médio de espera para agendamento/realização de consulta;
- Proporção entre as diferentes ofertas da agenda (% de pessoas de ações programáticas ou de agudos atendidos);
- Proporção de dias/turnos em que a quantidade de vagas para agudos é insuficiente e em que “estoura” a agenda da equipe;
- Proporção de faltosos às consultas agendadas não programáticas;
- Proporção de faltosos às consultas programáticas;
- Proporção de usuários que chegam atrasados às consultas com hora marcada.

Segundo o Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF ⁽⁵⁾ uma APS forte e resolutiva depende principalmente de um acesso facilitado, uma pessoa da equipe consiga atendimento sempre quando precisar, no horário compatível com a disponibilidade da equipe e do usuário com agendamento viável.

Se a UBS tem vaga na agenda somente com dois meses de espera e dificuldade para atender os usuários que procuram diariamente, ela precisa reorganizar o processo de trabalho e as formas de agendamento. Se romper barreiras e escutar as queixas do usuário, o profissional irá conseguir identificar os riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário e respondendo a demanda do momento. ⁽⁶⁾

É fundamental que os profissionais da UBS estejam preparados para acolher os usuários que chegam a UBS, incluindo os que não estavam agendados. Esta ação poderá ser realizada



por qualquer trabalhador e o modelo de distribuição de senhas por ordem de chegada deve ser totalmente eliminado. ⁽⁵⁾

3. CONCLUSÃO

Observada a fundamentação deste parecer, a Câmara Técnica de Assistência ao Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal – COREN-DF conclui que:

- a) O enfermeiro tem autonomia para definir o quantitativo de atendimentos eletivos e consultas de retorno dos usuários de acordo com os protocolos da atenção primária e segundo o processo de enfermagem, no que se refere aos diagnósticos de enfermagem, planejamentos e implementação dos cuidados. E os critérios para definir os quantitativos de atendimentos, devem ser de acordo com as características do quadro clínico dos usuários.
- b) A gestão das UBS juntamente com os profissionais envolvidos precisa se reunir e pactuar juntos o planejamento, quantitativo e organização da agenda de trabalho de acordo com o protocolo da SES-DF;
- c) Os profissionais devem realizar reuniões de equipe a fim de discutir em conjunto o planejamento e as suas ações;
- d) Os profissionais da(s) equipe(s) deve avaliar e definir qual o melhor modelo de fluxograma de atendimentos eletivos para a realidade local, e permanecerem em constate avaliação do modelo definido a fim de que nenhum profissional esteja sobrecarregado, e garantir que o atendimento aos usuários aconteça o mais breve possível;
- e) Os profissionais da(s) equipe(s) pode considerar os indicadores de organização das agendas para definir qual o melhor modelo para a realidade local, mas devem garantir sempre a retaguarda para o acolhimento, a continuidade do cuidado, sendo programado ou não.

É a resposta técnica.



Relatora: Mayara Cândida Pereira
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF nº314386-ENF

Rinaldo de Souza Neves
Conselheiro da CTA/COREN-DF
COREN-DF 54.747-ENF

Lincoln Vitor Santos
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF 147.165-ENF

Fernando Carlos da Silva
Conselheiro da CTA/COREN-DF
COREN-DF 241.652-ENF

Mayara Cândida Pereira
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 314.386-ENF

Tiago Silva Vaz
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF nº 170.315-ENF

Igor Ribeiro Oliveira
Conselheiro da CTA/COREN-DF
COREN-DF 391.833-ENF

Ludmila da Silva Machado
Membro da CTA/COREN-DF
COREN-DF 251.984-ENF

Polyanne A. Alves Moita Vieira
Conselheira Coordenadora da CTA/COREN-DF
COREN-DF 163.738-ENF

Brasília, 19 de abril de 2023.

Aprovado no dia 19 de abril de 2023 na Reunião da Câmara Técnica de Assistência ao COREN-DF.

Homologado em 28 de abril de 2023 na 564ª Reunião Ordinária de Plenária (ROP) dos Conselheiros do COREN-DF.

REFERÊNCIAS

- 1 _____. **Resolução Cofen n. 564/2017**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html.
- 2 BRASIL. **Lei n. 7.498/1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasil, 1986.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011.
- 6 DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde**. Protocolo do acesso na Atenção Primária à Saúde do DF. Brasília, 2023.



Coren^{DF}

Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal
