



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CÂMARA TÉCNICA

PARECER COREN-SP Nº 023/2022

Ementa: Acolhimento, Escuta Qualificada, Classificação e Estratificação de Risco por profissionais de Enfermagem na Atenção Básica e encaminhamentos a outros profissionais.

1. Do fato:

Solicitação de esclarecimentos sobre os seguintes aspectos:

- a) participação dos profissionais de Enfermagem no acolhimento e escuta qualificada nas Unidades Básicas de Saúde;
- b) Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, após acolhimento dos usuários em demanda espontânea por meio de escuta qualificada na Atenção Básica, realizarem a estratificação do atendimento a partir dos sinais de alerta (queixas, sinais e sintomas, vulnerabilidades epidemiológicas e sociais) em atendimento imediato, no mesmo dia, em até sete dias ou na oportunidade de vagas na agenda médica e/ ou do enfermeiro, sem avaliação desses profissionais;
- c) possibilidade dos clientes com queixas agudas na Atenção Básica passarem pela escuta qualificada com os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e serem estratificados por esses profissionais;
- d) ser atribuição do Auxiliar de Enfermagem participar de acolhimento de pacientes na Atenção Básica com transtornos mentais, com vistas ao encaminhamento ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como preencher de formulários decorrentes de tal assistência;
- e) competência do Auxiliar de Enfermagem realizar triagem de pacientes para os especialistas componentes do NASF e, em caso positivo, se um treinamento “rápido” seria suficiente para capacitá-los.

2. Da fundamentação e análise:

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi implementada pelo Ministério



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

da Saúde em 2004, como proposta para enfrentar o desafio de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, priorizando o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

A PNH apresenta o acolhimento e a escuta qualificada como tecnologias de humanização e um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo, no serviço, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004).

Na perspectiva de implementação da Política Nacional de Humanização, a publicação “Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde”, define o acolhimento como uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. É a recepção do usuário desde sua chegada à unidade de saúde, com responsabilidade integral sobre ele, e inclui: ouvir queixas, permitir que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, fazer a articulação de outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. Portanto, em determinadas situações, demanda a necessidade de um espaço protegido para este encontro entre o profissional de saúde e o usuário. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, se exerce uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão (BRASIL, 2010).

O mesmo texto apresenta sugestões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde, ressaltando a necessidade de qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a saúde pública. Sugere ainda a elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multi e interprofissional na qualificação da assistência, para legitimar a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e na definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe (BRASIL, 2010).

Na publicação do Ministério da Saúde “Cadernos de Atenção Básica nº 28, Acolhimento à Demanda Espontânea, volume I”, observa-se que o acolhimento na Atenção Básica é uma prática presente em todas as relações de cuidado, da recepção à consulta, dos procedimentos à visita domiciliar e ocorre em diversas situações, bem como no atendimento à demanda espontânea dos usuários que procuram os serviços de saúde. O modelo de acolhimento a ser implantado nas Unidades Básicas de Saúde depende de fatores como o número de equipes da unidade, os profissionais que participam do acolhimento, as particularidades de cada população adscrita, a estrutura física e ambiência da unidade, entre outros (BRASIL, 2013a).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca que a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e se orienta pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracterize por:

[...]

III - Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

[...]

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc. [...] (BRASIL, 2017).

Em relação à inclusão do acolhimento e escuta qualificada no processo de trabalho, a PNAB descreve também as atribuições dos profissionais de saúde na Atenção Básica e a forma como as unidades devem organizar o serviço:

[...]

As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

[...]

4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

[...]

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

[...]

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

[...]

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

[...]

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

[...]

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação [...] (BRASIL, 2017).

A realização da Avaliação e Classificação de Risco pelos profissionais de saúde foi abordada inicialmente na Política Nacional de Humanização (2004) e, desde então, tem sido amplamente discutida a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Básica como preconizado pelo Ministério da Saúde, sobretudo quais profissionais estariam habilitados para realizar a classificação de risco. Ressalta-se que a referida publicação destaca alguns pontos críticos a serem considerados:

[...]

- Ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos.

- Transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários.

Além disso, potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria. [...] (BRASIL, 2004, **grifo nosso**).

O Caderno de Atenção Básica número 28, volume II, apresenta uma proposta mais estruturada de classificação voltada para a demanda espontânea na Atenção



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Básica, com fluxogramas orientados por sinais e sintomas das queixas mais comuns. Entretanto, não existe consenso sobre o uso deste protocolo mesmo nos pacientes agudos e crônicos agudizados na Atenção Básica e estes fluxogramas devem ser tomados como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade, assumindo a perspectiva usuário-centrada como um posicionamento ético-político que tem implicações organizativas e no processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2013b).

De acordo com a PNAB, o Acolhimento com Classificação de Risco se caracteriza pela escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc.) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS. As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário (físico ou preferencialmente eletrônico) (BRASIL, 2017).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: consulta ou procedimento imediato; consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia; agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território; procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

seguimento de linha de cuidado bem definida; encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço (BRASIL, 2017).

Quanto a Estratificação de Risco, a PNAB define como processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral. A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

A Resolução Cofen nº 661/2021, que atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco, estabelece:

[...]

Art. 1º No âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de Risco e priorização da assistência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão.

§ 1º Para executar a Classificação de Risco e Priorização da Assistência, o Enfermeiro deverá ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pela instituição, além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da classificação.

§ 2º Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação, deverá ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora.

Art. 2º O Enfermeiro durante a atividade de Classificação de Risco não deverá exercer outras atividades concomitantemente.

Art. 3º O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se as determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do SUS.

Art. 4º Cabe aos Conselhos Regionais de Enfermagem adotar as medidas necessárias para acompanhar a realização do procedimento de que trata esta norma, visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos. [...] (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2012, **grifo nosso**).

Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer trabalho em Equipe Multiprofissional com a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção. Nesta perspectiva, o NASF foi criado pela Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivos e características assim delimitadas:

[...]

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

§ 5º prática da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte:

[...]

§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

§ 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

§ 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo I a esta Portaria [...] (BRASIL, 2008).

A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica, detalhada no Anexo da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, define as atribuições dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB):

[...]

4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica).

Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

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 à 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 [...] (BRASIL, 2017; **grifo nosso**).

O Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei do exercício da Enfermagem nº 7.498/86, estabelece atribuições dos profissionais, privativamente e como integrantes da equipe de saúde:

[...]

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:

I – privativamente

[...]

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

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

[...]

e) consulta de enfermagem;

f) prescrição da assistência de enfermagem;

[...]

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

II - como integrante de 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;

[...]

Art. 10. O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

[...]

III - integrar a equipe de saúde.

Art. 11. O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

[...]

V - integrar a equipe de saúde;

[...]

Art. 13. As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro [...] (BRASIL, 1987).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução Cofen nº 564/2017, dispõe sobre a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e determina:

[...]

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

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.

[...]

CAPÍTULO I – DOS DIREITOS

[...]

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

[...]

Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

profissional.

[...]

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

[...]

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.

[...]

CAPÍTULO II – DOS DEVERES

[...]

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

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

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

[...]

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência [...] (COFEN, 2017).

As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na Atenção Básica, dentre as quais o atendimento aos usuários que procuram o serviço em demanda espontânea, devem ser registradas em sistema específico. O e-SUS AB é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB) para reestruturar as informações da Atenção Básica (AB) em nível nacional. A Estratégia e-SUS AB faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação. O sistema e-SUS AB é composto por dois softwares para coleta dos dados: o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) é um sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação e o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que tem como principal objetivo apoiar o processo de



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

informatização das UBS (BRASIL, 2018).

A regulamentação do exercício da Enfermagem estabelece limites de atuação/intervenção para Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Nesse sentido, os profissionais de Enfermagem podem realizar o acolhimento e escuta qualificada, porém as atividades de classificação de risco e estratificação de risco, etapas do processo de acolher, devem ser realizadas por profissional de saúde de nível superior capacitado.

Cabe destacar que todos os profissionais de Enfermagem devem ser capacitados conforme os protocolos e fluxogramas instituídos pelo serviço, de forma que os habilite para atuação no acolhimento e escuta qualificada à demanda espontânea na Atenção Básica.

3. Da conclusão

Diante do exposto, entende-se que:

- o acolhimento e a escuta qualificada na Atenção Básica a Saúde não são prerrogativas exclusivas de nenhum profissional, devendo ser prática corrente a toda a equipe. De acordo com a legislação apresentada, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem podem realizar o acolhimento e escuta qualificada na Atenção Básica, dando respostas às necessidades dos usuários e direcionando o fluxo de atendimento estabelecido em Protocolos Institucionais. Entretanto, não tem respaldo legal para realizar avaliação clínica e classificação de risco ou estratificação de risco, sendo esta atividade privativa do Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem.

- durante a escuta qualificada realizada por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, os usuários com queixa aguda devem ser avaliados privativamente pelo Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem, que realizará a classificação de risco e priorização do atendimento no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009.

- é necessário intensificar a discussão sobre a utilização da classificação de risco na Atenção Básica, a exemplo do que ocorre nos serviços de Urgência e Emergência, respeitando os limites legais de atuação de cada profissional.

- de acordo com a organização do Núcleo Ampliado de Saúde da Família na



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Estratégia Saúde da Família, os usuários/pacientes, inclusive com transtornos mentais, normalmente não tem acesso livre aos profissionais que compõe o Nasf-AB para atendimento individual ou coletivo na demanda espontânea. Os encaminhamentos ou agendamentos devem ser regulados pelas equipes de Saúde da Família, mediante fluxos e protocolos estabelecidos, portanto, compete aos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem realizarem o acolhimento e escuta qualificada. Ao identificar vulnerabilidade e risco, a classificação da necessidade de atendimento imediato ou com brevidade deve ser realizada privativamente pelo Enfermeiro, no âmbito da equipe de Enfermagem.

- no preenchimento dos formulários de registro das atividades assistenciais de Enfermagem, todos os membros da equipe de Enfermagem devem observar o disposto na Resolução Cofen nº 564/2017, que determina a obrigatoriedade do registro das informações referentes ao processo de cuidar, no prontuário (físico ou eletrônico) ou em outros documentos próprios da Enfermagem.

É o parecer.

Referências

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em 23 ago. 2022.

_____. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em 23 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília:



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em 23 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível m:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em 23 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2013a. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em 23 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2013b. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf. Acesso em 23 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 23 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen nº 564/2017. **Aprova**



Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

o novo **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 23 ago. 2022.

_____. Resolução Cofen nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 23 ago. 2022.

_____. Resolução Cofen nº 661/2021. **Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em 23 ago. 2022.

São Paulo, 31 de agosto de 2022.

Câmara Técnica

(Aprovado na reunião de Câmara Técnica em 31 de agosto de 2022)

(Homologado na 1231ª Reunião Ordinária Plenária em 09 de setembro de 2022)