

PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 43/2023

Assunto: Classificação de Risco e liberação de usuários na Atenção Primária à Saúde.

1. FATO

Recebido solicitação de parecer técnico de inscrita a respeito dos seguintes pontos:

1. “A classificação de risco na Atenção Básica pode ser feita pelos profissionais de nível médio (técnico e auxiliar de enfermagem)?;
2. Os profissionais de enfermagem de qualquer categoria profissional, podem DISPENSAR pacientes sem a devida avaliação médica na atenção básica?;
3. Os profissionais de enfermagem de qualquer categoria podem exercer outras atividades assistenciais CONCOMITANTEMENTE com a classificação de risco na atenção básica?”

2. FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

Com base na Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), acolher se refere ao estabelecimento de escuta qualificada às necessidades de cada usuário, a fim de garantir acesso oportuno e resolutivo aos serviços, observando suas vulnerabilidades, gravidade e risco. A partir dessa legitimação, os profissionais em conjunto com o usuário ou grupos estabelecem e pactuam estratégias para cada demanda de saúde, mediante construção confiança e vínculo (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Ao considerar essa lógica, é importante ressaltar que todos os

profissionais de saúde fazem acolhimento, isso porque:

[...] “O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. [...]Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações [...]” (BRASIL, 2004, p. 9 – 12).

A Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 estabeleceu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito do SUS e destaca como uma atribuição comum a todos os membros das equipes de saúde que atuam na Atenção Básica:

[...] “ 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” [...] (BRASIL, 2017).

Considerando a perspectiva de acolhimento, também se apresenta na PNAB, o conceito de ambiência, no qual devem-se “Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2013a, p. 9-10).

Para tanto, a ambiência no contexto da Unidade Básica de Saúde (UBS), necessita de discussões acerca da organização do projeto arquitetônico, para que esse ambiente possa se configurar como um espaço social, profissional e de desenvolvimento de relações, com vistas à atenção acolhedora dos usuários. Além disso, que seja um ambiente de trabalho saudável aos profissionais que operacionalizam o serviço (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2017).

Compreendendo que a Atenção Básica e/ou Primária à Saúde constitui a porta de entrada principal do SUS, torna-se relevante considerar o acesso da população a esse serviço. Acompanhando as suas diretrizes, o acesso deve ser universal, igualitário, e também equânime nas pactuações. Desse modo, as necessidades da população devem nortear as decisões sobre o escopo de atuação das equipes de Atenção Básica, evitando-se barreiras de acesso, otimizando o uso de recursos para maximizar ofertas (BRASIL, 1980; BRASIL,

2004; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017).

Considerando que as relações de cuidado devem prever acolhimento em cada encontro entre profissional e usuário, a condição do acesso e a forma como esse profissional organiza o seu processo de trabalho passa a considerar a avaliação de risco e vulnerabilidades individual e coletivas no território. Assim, a organização de fluxos de atendimento na UBS, sobre como a escuta vai acontecer, a gestão de agendas e a oferta de cuidado multiprofissional e multidisciplinar devem ser coordenadas e preparadas para adaptações frente às dinâmicas da realidade local assim como as necessidades apresentadas pela demanda espontânea (BRASIL, 2013b; 2013c; 2017).

A PNAB destaca que o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica deve se constituir como mecanismo de ampliação e facilitação de acesso; como tecnologia do cuidado que garante a continuidade da assistência, sobretudo àqueles que buscam a UBS fora das consultas e/ou atividades agendadas, e; como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2017).

Trata-se de um processo que vai além da distribuição de senhas, o processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica envolve então a Classificação de Risco e a Estratificação de Risco, os quais podem ser definidos, com base na PNAB:

a) **Acolhimento com Classificação de Risco:** 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.

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 do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- consulta ou procedimento imediato;

1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para

usuário do território;

3. 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 seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. 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.

b) **Estratificação de risco:** É o 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” [GRIFO NOSSO] (BRASIL, 2017).

Nota-se que a avaliação com classificação de risco é um processo dinâmico em que há a preocupação com a agilidade na determinação do grau de necessidade e complexidade de cuidado requerida pelo usuário, levando-se em conta o protocolo pré-estabelecido pelo estabelecimento de saúde. Isso viabiliza a oferta de atenção proporcional à necessidade ou ao grau de urgência e/ou gravidade e não pontualmente baseada na ordem de chegada. Nesse contexto, também se avalia o potencial risco, os agravos à saúde e o grau de sofrimento identificado (verbalizado e percebido) providenciando de forma ágil o atendimento adequado a cada caso (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013b; COFEN, 2021; GBCR, 2018).

Entretanto, a adoção de protocolos e sistemas de cores para a classificação das necessidades dos usuários devem, no âmbito da Atenção Primária, ser ressignificados para que considerem os princípios de vinculação, longitudinalidade, corresponsabilização, clínica ampliada, dentre outros. Isso porque a “(...) presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade (riscos sociais ou subjetivos) pode requerer intervenções no mesmo dia, agendamento para data próxima ou construção de projeto terapêutico singular

em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo (BRASIL, 2013b, p.7).

Com a publicação do Caderno da Atenção Básica (número 28, volume II) o Ministério da Saúde (MS) buscou apresentar uma poposta estruturada para a resolução da questão da demanda espontânea, orientada em fluxogramas contendo sinais e sintomas comuns, com vistas à classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2013b).

Nesse material são apresentados a definição de dois grandes grupos: “não agudo” direcionado às intervenções programadas e identificada com a cor azul, e ao “agudo ou crônico agudizado” se referindo ao atendimento imediato, prioritário ou que deve ocorrer no mesmo dia. No segundo grupo, encontram-se três subdivisões baseadas em cores: vermelho para o atendimento imediato (alto risco); amarelo para o atendimento prioritário (risco moderado); e verde para o atendimento no dia (baixo risco) (BRASIL, 2013c).

Ressalta-se que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-socorro ou pronto-atendimento, pois a Atenção Básica trabalha em equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2013c, p.15).

É de conhecimento comum que o acolhimento com classificação de risco é, portanto, um assunto que abrange não só a Política Nacional de Humanização, como a Política Nacional de Atenção Básica e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, fixando-se como pré-requisito estrutural para a garantia da qualidade e resolutividade na atenção à saúde em todos os seus componentes (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017; COREN PR 2022).

Ao reformular a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituir a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS, a Portaria N° 1.600, de 7 de julho de 2011, destaca em suas diretrizes que o acolhimento com classificação de risco deve ser requisito de todos os pontos de atenção. A Portaria também cita a participação da atenção primária no cuidado às urgências e emergências:

[...] “Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização

e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades” (BRASIL, 2011).

De acordo com a Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência:

“[...] O processo de triagem classificatória deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A esta triagem classificatória é vedada a dispensa de pacientes antes que estes recebam atendimento médico. Após a triagem, os pacientes são encaminhados aos consultórios médicos. Uma vez realizado o atendimento, o paciente deve ter sua referência garantida mediante encaminhamento realizado através das centrais de regulação ou, quando estas não existirem, através de fluxos previamente pactuados” (BRASIL, 2002).

Corroborando com o apresentado, o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução CFM nº 2.077 de 2014 também determina que:

“[...]Art. 3º Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico” (CFM, 2014).

Ao considerar a atuação do enfermeiro no acolhimento e classificação de risco em unidades de Pronto Atendimento (PA) e Pronto Socorro (PS), independentemente da cor da classificação de risco, é vedado ao profissional enfermeiro dispensar o paciente sob qualquer alegação (COREN SP, 2016; COREN SP, 2020; COREN PR 2022; COFEN 2021). Em recente (2022) publicação de Parecer Técnico envolvendo a temática classificação de risco, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do Estado do Paraná (PR) concluiu que:

“Os enfermeiros que atuam na Rede de Atenção às Urgências e Emergências devem se apropriar da legislação vigente no que se refere a sua atuação em cenários de Acolhimento e Classificação de Risco, sejam eles no nível terciário, no âmbito hospitalar, ou no secundário - na UPA.

O enfermeiro está legalmente habilitado para desempenhar atividades de classificação de risco, constituindo-se de uma atividade privativa no âmbito da equipe de Enfermagem. Salienta-se a importância de que estes profissionais responsáveis pelo serviço de triagem, não acumulem outras atividades e que sejam capacitados

continuadamente, conforme o protocolo de classificação de risco adotado pela instituição, visando assim, garantir uma assistência segura a todos os usuários.

A dispensa ou o encaminhamento de pacientes para outros serviços de saúde presentes na Rede é uma prerrogativa do profissional médico e, portanto, não deve ser realizada pelo enfermeiro (COREN PR, 2022).

Retornando à realidade de trabalho na Atenção Básica, ao enfatizar as atribuições específicas do profissional enfermeiro no contexto das equipes das UBSs, encontram-se listadas na PNAB as seguintes atividades:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

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;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados 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 [GRIFO NOSSO] (BRASIL, 2017).

Já em relação à atuação de técnicos e/ou auxiliares na Atenção Básica, encontram-se listadas as seguintes atribuições listadas na PNAB:

I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

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

A Resolução de nº 661 de 2021 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) versa sobre a classificação de risco e a priorização da assistência, e deixa claro que esta é uma atividade privativa do enfermeiro no âmbito da equipe de Enfermagem. Ela também salienta que esse profissional deve estar devidamente capacitado para a função, considerando o protocolo institucional adotado, e, além disso, precisa ter acesso a adequadas condições de trabalho para o desempenho da atividade incluindo a previsão de insumos, espaço físico, o tempo médio para cada classificação, e ainda, não devendo executar outras atividades de modo concomitante (COFEN, 2021).

Embora a referida resolução não liste quais cenários de prática a classificação de risco aconteça, sabe-se que historicamente os avanços em práticas relacionadas a organização das portas de entrada dos serviços de saúde venham da necessidade de gestão de recusos, insumos e capacidade instalada de absorção da demanda versus as diferentes situações clínicas que chegam a todo tempo; os quais advém da realidade de pronto atendimentos e, por conseguinte, da área de urgência e emergência.

Nesse ínterim, convém ressaltar que a Resolução COFEN 661/2021 revogou a Resolução COFEN 423 de 2012, que também aludia sobre a participação do profissional enfermeiro na classificação de risco, e, na ocasião, a atividade era tratada sob a perspectiva da urgência e emergência. No seu artigo 1º cita-se que “no âmbito da equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência em Serviços de Urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão (COFEN, 2012).

Pondera-se que a resolução em sua atual versão também se refira à assistência que ocorre de modo ininterrupto em unidades de pronto atendimento UPA e/ou pronto socorros de hospitais, para os quais todo paciente que chega deve ser classificado e ser atendido conforme a sua prioridade clínica e não sob condição de hora de chegada. Nesse mesmo cenário, a dispensa do paciente que dê entrada em serviços de urgência e emergência, seja na atenção secundária ou terciária, constitui prerrogativa médica e, portanto, não autorizada para enfermeiros, corroborando com a literatura correlata já abordada.

No entanto, ao avaliar as peculiaridades do trabalho da Atenção Primária

à Saúde, sabe-se que a dinâmica de trabalho e a conformação do serviço são deveras distintas. Como já salientado anteriormente, a própria construção de vínculo com o usuário no contexto da principal porta de entrada do SUS se modifica e pode preconizar o reagendamento, o retorno, o encaixe para consultas ou até mesmo o referenciamento a outros serviços podem se fazer presentes, como parte do trabalho do profissional enfermeiro.

Assim, há que se compreender claramente esta dimensão de trabalho que agora também inclui a realidade de atendimento a pacientes agendados, atendimento da demanda espontânea, as ações de promoção, prevenção e buscas ativas no território, a depender da especificidade e realidade local. E, nesse contexto, a organização da entrada do usuário na UBS possui características distintas das da urgência.

Em recente parecer do COREN PR, sobre a “Atuação da Enfermagem nas recepções dos serviços de saúde” – Parecer COREN PR nº 006/23, avaliou-se os papéis da equipe de enfermagem considerando a legislação vigente relacionada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, em suas distintas portas de entrada, bem como a Lei do Exercício Profissional na perspectiva do acolhimento, classificação de risco e humanização da assistência. O Parecer conclui que:

“Diante do exposto, entende-se que a inclusão do técnico e/ou auxiliar de enfermagem nas recepções de saúde pode contribuir para a elucidação de dúvidas, construção de vínculo e ainda agilizar a identificação de situações de urgência e emergência, para posterior realização de triagem com classificação de risco pelo enfermeiro.

A análise fundamentada dos protocolos relacionados à APS indicam que para o referido contexto, a inclusão do profissional de saúde nas recepções é uma prática de protagonismo, já estabelecida e pontuada como fator que fortalece o vínculo e o acesso dos cidadãos à saúde, em consonância com a Constituição Federal e os princípios norteadores do SUS.

Percebe-se que falhas no processo de recepção na APS geram afastamento do usuário da principal porta de entrada do SUS, o que pode culminar em sobrecarga dos demais pontos da RAS, especialmente na Atenção Secundária, nas UPAs e Terciária, nas portas de entrada hospitalares.

Já no ensejo de análise da atuação do profissional de saúde nas recepções de serviços de urgência e emergência, pondera-se que a realidade se modifica consideravelmente. Assumindo que a prioridade deva ser efetivada a classificação de risco pelo enfermeiro no menor tempo possível, para definir o grau de gravidade e complexidade de cada usuário e consequente determinação do tempo de resposta máximo do serviço às suas necessidades, sugere-se que um

profissional administrativo, cumpra a demanda inicial de abertura de ficha para que a triagem venha a ocorrer.

Logo, embora o acolhimento constitua uma pauta de destaque da Política Nacional de Humanização e que perpassa todos os níveis de atenção à saúde, a definição de atividades relativas ao assunto do presente parecer requer criteriosa análise prévia, em detrimento da especificidade do foco principal de cada estabelecimento de saúde. Isso porque os princípios de universalidade, igualdade e equidade recebem uma abordagem característica na gestão de recursos dentro da urgência e emergência, por exemplo.

Outrossim, sabe-se da realidade limítrofe de dimensionamento de equipes de enfermagem, e também que; a depender do tipo de serviço de saúde e dos objetivos propostos, a inclusão do profissional de saúde nas recepções pode ainda configurar em desvio de função. Nesse sentido, determinações que se tornem óbice para a prestação da assistência e/ou impedimento do exercício profissional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, devem ser pontualmente analisados. Uma vez identificadas situações de desvio ou acúmulo de função, tais situações requerem intervenção do poder Judiciário (COREN PR, 2023).

Complementarmente, a respeito do protagonismo do enfermeiro na complexa atividade de Classificação de Risco, salienta-se que a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, em seu artigo 11 esclarece que:

[...] “Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- 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 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;
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) **consulta de enfermagem;**
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) **cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;**
- m) **cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;**

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;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de

internação;

- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- 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;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária” (BRASIL, 1986).

Ademais, a Resolução COFEN Nº 564/2017, no contexto do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem destaca que cabe ao profissional de enfermagem:

[...] “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. 22º (Direitos) - 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, família e coletividade.

[...] Art. 59 (Deveres) –Somente aceitar encargos ou atribuições, quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

[...] Art. 47 (Deveres) -Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

[...] Art. 62 (Proibições) - 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. 81 (Proibições) - Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente” (COFEN, 2017).

3. CONCLUSÃO

O acolhimento atravessa todas as práticas de saúde e não deve estar restrita à compreensão simplista de porta de entrada, nem tão pouco de

recepção. Acolher como apresentado, é uma ética de trabalho que escuta, valida e pactua respostas as demandas de saúde apresentadas pelos usuários, expectável de toda a equipe de Enfermagem.

Deve-se reconhecer as distintas especificidades de atuação do enfermeiro que Acolhe, Estratifica e Classifica o Risco clínico dos usuários/pacientes nos diferentes cenários de prática e portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

As realidades de trabalho na Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde devem ser levadas em consideração quando se dedica a elucidar os limites e possibilidades de atuação da Enfermagem. Nesse sentido, verifica-se que dentre as possibilidades de interpretações da literatura e legislação vigentes, e, em resposta à demana recebida, é possível concluir que:

1. Dada a necessidade de acurácia e agilidade no reconhecimento de situações que levam à risco, independentemente de que porta de entrada estejamos debruçados à analisar, considerando a prerrogativa da consulta de enfermagem e ainda, a necessidade de pronta capacidade de tomada de decisão e organização do cuidado; entende-se que a Classificação de Risco é ato privativo do enfermeiro. Isso não exclui a participação dos demais membros da equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares) nas atividades de acolhimento da população.
2. De modo semelhante, enquanto nas portas de entrada da Urgência e Emergência, a dispensa de pacientes é vedada ao profissional enfermeiro da triagem e Classificação de Risco. Já na Atenção Primária, considerando a Classificação de Risco realizada pelo enfermeiro da UBS, nota-se que a própria PNAB reconhece possibilidades de desfechos distintos da consulta médica em si (especialmente nos casos não urgentes e sem risco iminente identificados). Vale ressaltar, novamente, que as características de demanda espontânea absorvidas são distintas e devem ser constantemente adaptáveis à realidade local. Portanto, em consonância com as prerrogativas do SUS, enfermeiros atuantes na Atenção Primária têm autonomia para avaliação, acolhimento, Classificação de Risco, liberação com orientação, reagendamento ou

agendamento de retorno de usuários, conforme protocolos institucionais estabelecidos.

3. Quanto a execução ou não de outras atividades para além da Classificação de Risco em si, entende-se que se tratando de portas de entrada de urgência e emergência (UPAs ou pronto atendimentos/socorros hospitalares), esta atividade deve ser exclusiva, pois, a demanda é contínua e em se tratando de serviço 24 horas, são previstas reavaliações e gestão da sala de espera anteriores ao atendimento médico em si. Fato este que se distingue das peculiaridades do trabalho da Atenção Primária; nessa ótica, a depender do protocolo institucional, da realidade local e do quantitativo de recursos humanos em UBS, trata-se de atividade que pode ser conciliada com outras atribuições, desde que se possa, sempre que necessário, priorizar a demanda espontânea em detrimento das demais, haja a vista a necessidade de identificar as demandas de cada usuário no menor tempo possível, para pactuar a melhor solução em tempo oportuno.

É o parecer.

Curitiba, 19 de junho de 2023.

Realizado pela Comissão de Pareceres Técnicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre o exercício da enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília - DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 11 jun. 2023.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-

DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 18 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Brasília – DF, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.htm>. Acesso em: 18 jun. 2023.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília- DF, 2004. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 11 jun 2023.

_____. _____. **Portaria Nº 1.600, de 7 de Julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília - DF, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.htm>. Acesso em: 11 jun 2023.

_____. _____. **Política Nacional de Humanização(PNH)**. Brasília – DF, 2013a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em 11jun 2023.

_____. _____. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <file:///C:/Users/talit/Downloads/Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Risco%20e%20Vulnerabilidades%20na%20APS.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2023.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 290 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2023.

_____. _____. **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). Brasília- DF, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm>

|>. Acesso em: 11 jun 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN Nº 423/2012 – Revogada Pela Resolução COFEN Nº 661/2021**. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 11 jun 2023.

_____. **Resolução COFEN nº564/2017**. 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em 11jun 2023.

_____. **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. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em: 11 jun 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.077 de 2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. 2014. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Parecer COREN-SP 007/2016 – CT**. Atuação do Enfermeiro no Acolhimento e Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Socorro, na ausência de médico. São Paulo - SP, 2016. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/Parecer%2007%20Acolhimento%20UPA%20e%20PS.pdf>>. Acesso em: 11 jun 2023.

_____. **Parecer COREN-SP nº 006/2020**. Classificação de risco de pacientes em hospital de referência para Covid-19 e responsabilidade do enfermeiro em se tratando de dispensar paciente. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Parecer-006.2020-Possibilidade-de-dispensa-de-paciente-com-classifica%C3%A7%C3%A3o-de-risco-nas-cores-azul-e-verde-pelo-Enfermeiro-2020-jun-rev.pdf>>. Acesso em: 11jun 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ (COREN-PR). **Parecer COREN-PR Nº 006/2022**. Viabilidade e legalidade de encaminhamento de pacientes diretamente da sala de triagem, realizado por enfermeiros que atuam em Pronto Socorro/Atendimento Hospitalar e em Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Curitiba – PR, 2022. Disponível em:



<<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-pr/transparencia/71442/download/PDF>>.

Acesso em: 11 jun. 2023.

_____. **Parecer Técnico COREN/PR Nº 006/2023.** Atuação da Enfermagem nas recepções dos serviços de saúde. Curitiba – PR, 2023. Disponível em:

<<https://ouvidoria.cofen.gov.br/coren-pr/transparencia/80817/download/PDF>>

Acesso em: 11 jun. 2023.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (GBCR). **Sistema Manchester de Classificação de Risco.** 2 ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. 207p.