

"Aqui a proposição ganha vida e, principalmente, muda vidas"

PARTICIPAR N°

2015/2023

PROCESSO N°

3508/2023

PROTOCOLO N°

11717/2023

PROPOSIÇÃO:

PROJETO DE LEI (PL) N° 2057/2023.

EMENTA  
ORIGINAL:

"Implanta o atendimento de acordo com o sistema de acolhimento e a triagem classificatória de riscos aos pacientes nas unidades de atendimento de urgência e emergência, bem como nos hospitais públicos e privados localizados no Estado de Mato Grosso."

AUTORIA:

Deputado Estadual JULIO CAMPOS.

## I – RELATÓRIO:

Versam os autos sobre o **PROJETO DE LEI (PL) N° 2057/2023**, de autoria do ilustre Deputado Estadual JULIO CAMPOS, que “Implanta o atendimento de acordo com o sistema de acolhimento e a triagem classificatória de riscos aos pacientes nas unidades de atendimento de urgência e emergência, bem como nos hospitais públicos e privados localizados no Estado de Mato Grosso”, lido na 73ª Sessão Ordinária (18/10/2023).

Segundo consta na proposição:

Art. 1º Fica implantado nas unidades de atendimento de urgência e emergência, bem como nos hospitais públicos e privados localizados no Estado de Mato Grosso o atendimento de acordo com o sistema de acolhimento e a triagem classificatória de riscos aos pacientes, **em conformidade com a Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde**.

Art. 2º O sistema de atendimento e a triagem classificatória de riscos aos pacientes de que trata o artigo 1º desta lei será efetuado por profissional de saúde de nível superior, que analisará a gravidade de cada caso para definir o tempo de

"Aqui a proposta ganha vida e, principalmente, muda vidas"

espera do paciente conforme o protocolo de Manchester com os seguintes critérios:

I – Cor Vermelha, emergência, atendimento imediato, existência de risco de morte, espera de 00 (zero) minutos;

II – Cor Laranja, muito urgente, atendimento praticamente imediato, espera de no máximo 10 (dez) minutos;

III – Cor Amarela, urgente, atendimento rápido, espera de no máximo 60 (sessenta) minutos;

IV – Cor Verde, pouco urgente, pode aguardar atendimento ou ser encaminhado para outro serviço de saúde, espera de no máximo 120 (cento e vinte) minutos;

V – Cor azul, não urgente, pode aguardar atendimento ou ser encaminhado para outro serviço de saúde, espera de no máximo 240 (duzentos e quarenta) minutos;

**Art. 3º** O Poder Executivo regulamentará esta lei conforme o Art. 38-A da Constituição Estadual de Mato Grosso.

**Art. 4º** - Esta Lei entra em vigor na data da sua publicação.

O autor fundamentou a proposta com a seguinte justificativa:

O projeto em tela busca promover a garantia do atendimento humanizado integral aos usuários do Sistema Único de Saúde e da rede de saúde privada, desde o acolhimento e classificação de risco para otimizar o atendimento de usuários, assegurando a explicação da funcionalidade das cores e o tempo de espera garantindo aos que buscam atendimento hospitalar mais transparéncia e tranquilidade. A classificação de risco do pronto atendimento é utilizada no acolhimento hospitalar para se fazer uma avaliação inicial do paciente e determinar a necessidade de um atendimento mais urgente. Esse método permite saber a gravidade do estado de saúde dos pacientes, seu potencial de risco, o grau de sofrimento, entre outras informações. Essa triagem é uma adaptação do método utilizado pelos militares americanos nas guerras do século XX. Dessa forma, as pessoas que estão em estados mais críticos e

"Aqui a proposta ganha vida e, principalmente, muda vidas"

dependem de um atendimento para que não haja um agravamento de sua saúde podem ser acolhidas primeiro. No Brasil, a classificação mais comum é o Protocolo de Manchester, que utiliza cinco cores para identificar o grau de cada paciente. Geralmente, elas são: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A cor vermelha representa os casos mais graves, e a azul, os mais leves. Essa identificação visual já é usada na maior parte dos equipamentos de saúde pelo mundo, como clínicas particulares e hospitais. Diversos fatores são levados em consideração para determinar a classificação de risco em cores, como: dor, sinais vitais, pressão, sintomas, entre outros. Constatou-se, portanto, que as regras constantes do projeto de lei não tratam de nenhuma matéria cuja competência para legislar a Constituição Federal tenha atribuído privativamente a um ente federativo, ao contrário, estabeleceu a competência material comum(..).

No âmbito desta Comissão permanente, esgotado o prazo regimental, não foram apresentadas emendas e/ou substitutivos. Portanto, a Proposição em questão encontra-se apta para análise e parecer quanto ao mérito de iniciativa.

A título de observação, tem-se que, em regra, o parlamentar não está impedido de iniciar Projeto de Lei dispendendo sobre a instituição de políticas públicas sobre determinada matéria. O que se deve ser observado, nestes casos, é se o parlamentar, a despeito de instituir uma política estadual, não adentra em matéria da competência exclusiva ou privada da União (arts. 21 e 22 da CF), dos Municípios (art. 30 da CF) ou de outros Poderes ou órgãos constitucionais autônomos.

De acordo com o que foi disponibilizado no acervo da *internet* ou *intranet* da Assembleia Legislativa do Estado de Mato Grosso, **observou-se a inexistência de registro** de outro projeto de lei que abarque conteúdo

semelhante (análogo ou conexo) ao da propositura em epígrafe. De igual forma, com base nas matérias que foram apresentadas, ao verificar o acervo de leis estaduais, foi possível identificar norma vigente que trata de matéria correlacionada ao da propositura mencionada.

No tocante ao mérito, a proposição deve ser avaliada sob três enfoques: **oportunidade, conveniência e relevância social**.

O Projeto de Lei nº 2057/2023 tem por finalidade positivar o sistema de acolhimento e a triagem classificatória de riscos aos pacientes nas unidades de atendimento de urgência e emergência de hospitais públicos e privados do Estado de Mato Grosso. O Sistema de atendimento e triagem será implantado conforme o protocolo de Manchester, e efetuado por profissional da saúde de nível superior.

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devida ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-atendimentos – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência

superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

O regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência Publicado por meio da Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002 do Ministério da Saúde, prevê a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, as quais, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

A Portaria 2048 – MS, propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “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” (BRASIL, 2002).

O termo triagem na área da saúde tem gerado conflitos no seu entendimento pois, anteriormente, era concebido no sentido de exclusão, ou seja, não era garantido a todos os indivíduos o acesso ao atendimento médico nos serviços de saúde. Triagem significa escolha, seleção (Ferreira, 2001) e vem do verbo francês que significa trier, tipar, escolher. Aplicado à área da saúde, o termo significava um processo onde ocorria a priorização do atendimento, mas com a escolha de quem receberia ou não o atendimento médico. (SOUZA, 2010).

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender,

admitir" (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um "estar com" e "perto de", ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém (BRASIL, 2009).

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de "abrigar e agasalhar" outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2009).

O acolhimento visa à escuta, a valorização das queixas do paciente/família, a identificação das suas necessidades, o respeito às diferenças, enfim é uma tecnologia relacional permeada pelo diálogo. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/paciente (usuários) e trabalhadores da saúde. O acolhimento gera as relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, pois é uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde. (SCHNEIDER, 2008)

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Não é um instrumento de diagnóstico de doença, hierarquiza conforme a gravidade do paciente, determinando prioridade de atendimento. A classificação de risco não propõe exclusão e sim estratificação. As escalas, ou protocolos de Classificação de Risco que apresentam maior fidedignidade, validade e

"Aqui a proposição ganha vida e, principalmente, muda vidas"

confiabilidade na avaliação do estado real do paciente e que são mais utilizados e reconhecidos mundialmente são: Emergency Severity Index (ESI), Australian Triage Scale (ATS), Canadian Triage Acuity Scale (CTAS©) e a **Manchester Triage System (MTS)**.



Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza (ROCHA, 2005).<sup>1</sup>

Os sistemas de classificação de risco, no Brasil, foram recomendados pela primeira vez em 2002 pela portaria 2048 que regulamenta os serviços

<sup>1</sup> Disponível em <https://www.coren-ba.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0182016/>



**ALMT**  
Assembleia Legislativa



de urgência e emergência. Nessa portaria o termo internacional “triagem” é substituído por “classificação de risco”. Em 2004 com a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), a classificação toma uma dimensão mais forte e favorável aos usuários. Nesta perspectiva, o acolhimento com classificação de risco, vem como proposta de humanização dos serviços de Saúde (SOUZA et al, 2011).

Um dos objetivos da classificação de risco é evitar que profissionais não qualificados realizem o acolhimento e avaliação inadequada dos usuários. O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. As atribuições do enfermeiro na classificação de risco, tem amparo legal na resolução nº 159/93 do COFEN, que dispõe sobre a consulta de enfermagem (BRASIL, 2006).

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para avaliar e classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência, devendo ser orientado por um protocolo direcionador. As atribuições do enfermeiro na classificação de risco, tem amparo legal na resolução nº 159/93 do COFEN, que dispõe sobre a consulta de enfermagem (BRASIL, 2006).

Resolução COFEN – 423/2012 no que se refere a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos que estabelece:

**Art. 1º 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.**

Parágrafo único. Para executar a classificação de risco e priorização da assistência, o Enfermeiro deverá estar dotado dos conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

Art. 2º O procedimento a que se refere esta Resolução deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009 e aos princípios da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Demonstrada a importante abordagem da matéria, vislumbramos a relevância do PL. nº 2057/2023, que visa positivar o sistema de acolhimento e a triagem classificatória de riscos aos pacientes nas unidades de atendimento de urgência e emergência de hospitais públicos e privados do

Estado de Mato Grosso, garantindo o acolhimento e melhoria na prestação de assistência médica aos cidadãos mato-grossenses.

Sobreleva-se que, embora o presente *Relatório possa* expor as especificações *técnicas* e atributos, tanto formais, legais e meritórios, a atribuição desta Comissão Permanente é vinculada e consiste em *dar parecer quanto ao mérito em todas as proposições e assuntos concernentes à saúde, previdência e assistência social*; e de acordo com os Artigos 417 e 419 do Regimento Interno desta Casa de Leis, como relator(a) designado(a), a posição neste é exclusivamente pelo “**mérito de iniciativa discricionária quando for proposta por conveniência e oportunidade**”, cabendo à Comissão de Constituição, Justiça e Redação *dar parecer a todos os projetos quanto ao aspecto constitucional, legal, jurídico, regimental e sobre todas as proposições sujeitas à apreciação do Plenário da Assembleia Legislativa*.

Ainda no âmbito de tecnicidades, ressalta-se que este **Relatório** consiste na narração ou exposição de fatos, atividades, elementos, argumentos etc. técnicos relativos ao mérito da questão em pauta. Ao ensejo desta oportunidade, elucida-se ainda que **Parecer/Voto** é o posicionamento do Relator e demais pares, com base factual ou legal, determinando ou apontando sugestão de ação no âmbito legislativo.

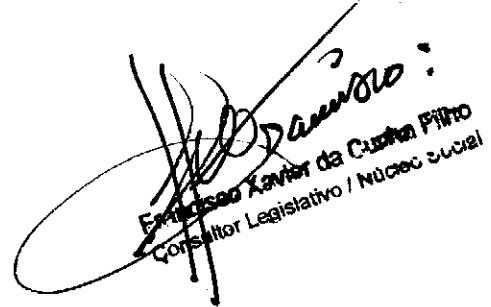
**Em apertada síntese, conclui-se o presente Relatório.**

## II – VOTO DO RELATOR:

Pelas razões expostas, quanto ao mérito, na Comissão Permanente de Saúde, Previdência e Assistência Social, e de acordo com os Artigos 417 e 419 do Regimento Interno desta Casa de Leis, como relator (a) designado (a), posicione-me de modo **FAVORÁVEL A APROVAÇÃO** do **PROJETO DE LEI N° 2057/2023**, de autoria do Deputado Estadual JULIO CAMPOS, lido na 73<sup>a</sup> sessão ordinária de 18/10/2023.

Sala das Comissões, em 28 de 5 de 2024.

RELATOR(A): SEBASTIÃO REZENDE



Francisco Xavier da Costa Filho  
Consultor Legislativo / Núcleo Social



**ALMT**  
Assembleia Legislativa  
COMISSÕES PERMANENTES 2024

COMISSÃO DE SAÚDE



PREVISIÃO E

ASSISTÊNCIA SOCIAL

Secretaria Parlamentar da Mesa Diretora | Núcleo Social

NÚCLEO SOCIAL  
FOLHA: 21  
RUBRICA: 07

#### IV - FICHA DE VOTAÇÃO:

#### SISTEMA ELETRÔNICO DE DELIBERAÇÃO REMOTA (VIDEOCONFERÊNCIA)

ATO N° 010/2024/SPMD/MD/ALMT

28/05/24 10:00.

REUNIÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> 1ª ORDINÁRIA	<input type="checkbox"/> 2ª EXTRAORDINÁRIA
DATA/HORÁRIO:		
PROPOSIÇÃO:	PL N° 2057/2023.	
AUTORIA:	Deputado Estadual JÚLIO CAMPOS.	
APENSAMENTOS:	.	
SUBSTITUTIVOS:	.	
EMENDAS:	.	

MEMBROS TITULARES	RELATOR	ASSINATURAS	VOTAÇÃO
Deputado DR. JOÃO João Jose de Matos   MDB   Presidente	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado PAULO ARAÚJO Paulo Roberto Araújo   PP   Vice-Presidente	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado LÚDIO CABRAL Lúdio Frank Mendes Cabral   PT	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado DR. EUGÉNIO José Eugênio de Paiva   PSB	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado SEBASTIÃO REZENDE Sebastião Machado Rezende   UNIÃO BRASIL	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).

MEMBROS SUPLENTES	RELATOR	ASSINATURAS	VOTAÇÃO
Deputada JANAÍNA RIVA Janaína Greyce Riva Fagundes   MDB	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado DILMAR DAL BOSCO Dilmar Dal Bosco   UNIÃO BRASIL	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado VALDIR BARRANCO Valdir Mendes Barranco   PT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado FÁBIO TARDIN Fábio José Tardin   PSB	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado BETO DOIS A UM Alberto Machado   PSB	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).

A Comissão Permanente de Saúde, Previdência e Assistência Social, após apresentação do Parecer e o Voto do Relator, manifestamos:

VOTAÇÃO FINAL:  FAVORÁVEL À APROVAÇÃO  CONTRÁRIO À APROVAÇÃO

#### IV - ENCAMINHA-SE À SECRETARIA PARLAMENTAR DA MESA DIRETORA:

Para ciência e continuidade da tramitação na forma regimental

GLÁUCIA MARIA DE CAMPOS ALVES  
Secretária da Comissão Permanente

FRANCISCO XAVIER DA CUNHA FILHO  
Consultor Legislativo do Núcleo Social