



PARECER Nº

2015/2023

PROTOCOLO Nº 11717/2023

PROCESSO Nº

3508/2023

PROPOSIÇÃO:

PROJETO DE LEI (PL) Nº 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) Nº 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

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. Constata-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 dispondo 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).¹

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

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

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 at all, 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 n° 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 n° 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), posiciono-me de modo **FAVORÁVEL A APROVAÇÃO** do **PROJETO DE LEI Nº 2057/2023**, de autoria do Deputado Estadual JULIO CAMPOS, lido na 73ª sessão ordinária de 18/10/2023.

Sala das Comissões, em 26 de 5 de 2024.

RELATOR(A): SEBASTIÃO REZENDE.


Francisco Xavier da Cunha Filho
Consultor Legislativo / Núcleo Social



ALMT
Assembleia Legislativa
COMISSÕES PERMANENTES 2024

COMISSÃO DE SAÚDE



PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL



NÚCLEO SOCIAL

FOLHA: 21

RUBRICA: CA

Secretaria Parlamentar da Mesa Diretora | Núcleo Social

IV - FICHA DE VOTAÇÃO:

SISTEMA ELETRÔNICO DE DELIBERAÇÃO REMOTA (VIDEOCONFERÊNCIA)

ATO Nº 010/2024/SPMD/MD/ALMT

REUNIÃO: 2ª ORDINÁRIA EXTRAORDINÁRIA **28/05/24 10H00.**

DATA/HORÁRIO:

PROPOSIÇÃO: PL Nº 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 Ludio Frank Mendes Cabral PT	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).
Deputado DR. EUGÊNIO José Eugênio de Paiva PSB	<input type="checkbox"/>		<input 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 type="checkbox"/> COM O RELATOR (SIM). <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO AO RELATOR (NÃO).

MEMBROS SUPLENTE	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 FABIO TARDIN Fábio Jose 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.

GLAUCIA ALVES.
GLAUCIA MARIA DE CAMPOS ALVES
Secretária da Comissão Permanente

FRANCISCO XAVIER DA CUNHA FILHO
Consultor Legislativo do Núcleo Social