



PAD Coren/DIPRE nº 003/2011
PARECER TÉCNICO nº 040/2012

Enfermeiros lotados na classificação de risco na UPA de Olinda, competência para encaminhar paciente para outros serviços sem avaliação médica, em plantões restritos ou na ausência desse profissional. O enfermeiro possui competência técnica, científica e legal para realizar o acolhimento com Classificação de Risco. A afirmativa está condicionada a não exclusão de clientes, que o atendimento médico seja garantido, que sejam firmados protocolos e que a prestação deste serviço promova a agilização do atendimento de forma digna e humanizada. É necessário que os serviços de saúde promovam a educação permanente dos profissionais de enfermagem, como também, fornecer as condições necessárias para o desenvolvimento das ações com qualidade e segurança aos usuários.

Do Relatório:

Foi encaminhado através de relatório, o PAD nº 003/2011 para dar ciência à coordenação da fiscalização de situação encontrada na UPA de Olinda no que tange à classificação de risco realizada pelo enfermeiro naquela unidade, considerando que em alguns plantões inclusive no domingo não tem a cobertura do profissional médico, acarretando que o enfermeiro classifica o paciente e este não é atendido pelo médico o que gera conflito e agressão por parte dos usuários aos profissionais de enfermagem. Essa situação acontece também quando não há a especialização para atender o paciente. Diante do exposto a coordenação da fiscalização encaminha à Presidência do Coren-PE para avaliação e medidas cabíveis.

Da Fundamentação e análise:

Diante da crescente demanda nos serviços de urgência e emergência optaram por implantar a



Classificação de Risco (Protocolo de Manchester) em todos os pontos de atenção à saúde (Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Hospitalar, Hospitais Gerais e Especializados), a fim de que utilizassem uma linguagem comum, com critérios uniformes, e permitisse estabelecer o melhor local para resposta, no menor tempo possível.

Com a implementação desta política surgiu a polêmica sobre a quem compete à realização da classificação de Risco – ao médico, ou ao enfermeiro, ou ambos.

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).

Na Avaliação de Risco (ou Classificação de Risco) houve mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção fosse de agora em diante o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento, e não mais a ordem de chegada. A classificação com estratificação do risco passa então a ser realizada por profissional da saúde de nível superior (Portaria 2048/GM/2002, item 2.4.7) que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, e providencia de forma ágil e atendimento adequado a cada caso. A esta triagem é vedada a dispensa de pacientes, antes que estes recebam atendimento médico.

Assim, Classificação de Risco deve ser realizada por profissional de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos, e tem por objetivos avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando os em ordem de prioridade para o atendimento médico.

A Classificação de Risco tem se configurado como uma tentativa de reorganização do atendimento e o enfermeiro tem sido o profissional indicado para realizar esta classificação, e esse fato não tem acontecido isoladamente no Brasil. O enfermeiro tem sido o profissional considerado o mais adequado para executar a atividade em vários países, especialmente na Inglaterra, Canadá, Austrália, Portugal. Tal afirmativa é devido ao fato de que na proposta da Classificação de Risco não é realizado diagnóstico médico, e sim à identificação dos sinais que permitam atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo máximo de espera recomendado. O grau de prioridade clínica do cliente é identificado por meio de uma cor (vermelho, laranja, amarelo, verde ou azul), que corresponde à gravidade do caso, até a



primeira observação médica.

Portanto, uma das grandes vantagens do Protocolo de Manchester é que ele não trabalha com diagnóstico médico e, sim, com a classificação de risco, utilizando critério clínico, uniforme e sistematizado, o que permite uma caracterização mais correta do perfil do paciente que recorre aos diversos Serviços de Saúde. O protocolo pode ser informatizado, o que possibilita e facilita a implementação de auditoria clínica.

Gatti (2003) comenta que atualmente o sistema adotado em inúmeros hospitais públicos de urgência transferiu ao enfermeiro a competência de avaliar o paciente em consonância com protocolos, de determinar as necessidades de prioridade e de encaminhá-lo à área de tratamento. O profissional enfermeiro do serviço de emergência, embasado nos dados clínicos, em informações objetivas e na vivência profissional, avalia qual paciente necessita de atendimento imediato e qual pode esperar. (PIRES, 2003).

Dessa forma, prioriza o atendimento a pacientes conforme sua gravidade e presta assistência com segurança (MACHADO, 2005).

Assim, afirmamos que o enfermeiro possui competência técnica, científica e legal para a realização da Classificação de Risco. Não se exclui aqui, a obrigatoriedade de capacitações teóricas e práticas, bem como, a necessidade do profissional enfermeiro se sentir capaz tecnicamente para exercer com segurança a Classificação de Risco.

Esclarecemos que para a realização da Classificação de Risco, nos diversos pontos de atenção é imprescindível que o serviço proporcione condições de trabalho adequadas para tal. Dentre as diversas condições destaca-se a retaguarda do profissional médico, com garantia de atendimento por parte deste profissional; a existência de protocolos assistenciais que reorganizem o processo de trabalho para a aplicação da ferramenta da Classificação de Risco; Uma rede assistencial e de apoio integrada; transporte de urgência e emergência; recursos materiais; e dimensionamento adequado de recursos humanos para atender a demanda e desenvolver todas as ações necessárias na assistência à população. Vejamos a seguir o que preconiza a Portaria GM/MS n.º 2048/2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência- Capítulo III- Atendimento Pré-Hospitalar Fixo-Dimensionamento e Organização Assistencial, a saber:

Estas Unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica. Nos casos em que a



estrutura loco regional exigir, tomando-se em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial, poderá ser ampliada a equipe, contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência (grifo nosso).

De acordo com Resolução COFEN nº 311/07 que aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem em seus artigos:

Art. 7º - Comunicar ao COREN e aos órgãos competentes, fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional. (grifo nosso).

Art. 10- 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. (grifo nosso)

Art. 12 - Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. (grifo nosso)

Considerando a Lei 7.498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Em seu artigo 1º e 11º alínea m, a saber:

- É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.



- O Enfermeiro Exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe, cuidados de Enfermagem de maior complexidade e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (Grifo nosso).

A competência legal do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco está respaldada na Lei do Exercício Profissional 7.498, de 25 de junho de 1986, em seu Artigo 11, alínea “i”, “j”, “l” e “m, senão vejamos:

(...)

i) Consulta de Enfermagem;

j) Prescrição da assistência de Enfermagem;

(...)

l) Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves e 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;

Reafirmamos que, o Protocolo de Classificação de Risco é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo negar atendimento médico, mas sim organizar e garantir o atendimento a todos, segundo as respectivas necessidades. Uma vez que não se trata de fazer diagnóstico prévio e, tampouco, de excluir pessoas do acesso à atenção médica. A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, que se baseia em consensos estabelecidos, conjuntamente com a equipe médica, para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. O protocolo de Classificação de Risco é um instrumento que sistematiza a avaliação e, portanto, deve explicitar com clareza qual o encaminhamento a ser dado frente a cada risco. Esclarecemos que para a realização da Classificação de Risco, nos diversos pontos de atenção é imprescindível que o serviço



proporcione condições de trabalho adequadas para tal. Dentre as diversas condições destaca-se a retaguarda do profissional médico, com garantia de atendimento por parte deste profissional; a existência de protocolos assistenciais que reorganizem o processo de trabalho para a aplicação da ferramenta da Classificação de Risco; uma rede assistencial e de apoio integrada; transporte de urgência e emergência; recursos materiais; e dimensionamento adequado de recursos humanos para atender a demanda e desenvolver todas as ações necessárias na assistência à população.

Vale ressaltar o que estabelece a Resolução Cofen 423/2012 que normatiza no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos. Vejamos o que preconiza os artigos a seguir:

- 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.

Ainda faz-se necessário mencionar, neste, o Código de Ética Médica, em seu Capítulo III- Da Responsabilidade Profissional, vejamos:

É vedado ao médico:

(...)



Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

(...)

Art. 9º Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento.

Parágrafo único. Na ausência de médico plantonista substituto, a direção técnica do estabelecimento de saúde deve providenciar a substituição (grifo nosso).

Da Conclusão:

O enfermeiro possui competência técnica, científica e legal para realizar o acolhimento com Classificação de Risco. A afirmativa está condicionada a não exclusão de clientes, que o atendimento médico seja garantido de acordo com a legislação supracitada, que sejam firmados protocolos e que a prestação deste serviço promova a agilização do atendimento de forma digna e humanizada. É necessário que os serviços de saúde promovam a educação permanente dos profissionais de enfermagem, como também, fornecer as condições necessárias para o desenvolvimento das ações com qualidade e segurança aos usuários.

É o parecer, *s.m.j.*

Recife, 19 de setembro de 2012.

Adeildo Gomes da Silva
Conselheiro Relator



REFERÊNCIAS:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Humaniza SUS - acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. – 2. ed. – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Política Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 5 de novembro de 2002 - Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. *Regulação Médica das Urgências*. Série A Normas e Manuais Técnicos Brasília, 2006.

BRASIL. LEI Nº. 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 - *Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências*. Rio de Janeiro: Cofen; 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 159 de 19 de abril de 1993. *Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Cofen; 1993.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Parecer Técnico Nº.10, de 22 de Fevereiro de 2007. *Dispõe Sobre a Participação do Enfermeiro na Triagem de Pacientes sem a Presença de Médicos Especialistas*. Minas Gerais, Belo Horizonte; 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Parecer Técnico Nº. 136, de 26 de setembro de 2011. *Competência do enfermeiro para realizar a Classificação de Risco nos diversos pontos de atenção à saúde da população*. Minas Gerais, Belo Horizonte; 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Parecer Técnico Nº. 167, de 24 de Setembro de 2010. *Dispõe sobre o Manejo Clínico de Pacientes com Quadro Sugestivo de Dengue no Serviço de Urgência e Emergência*. Minas Gerais, Belo Horizonte; 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Parecer Técnico Nº.



Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco
Autarquia Federal criada pela Lei nº 5.905/73
Filiado ao Conselho Internacional de Enfermagem – Genebra - Suíça



26 de 2007. *Dispõe sobre Triagem em Pronto Atendimento no Município de Contagem.* Minas Gerais, Belo Horizonte; 2007.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Parecer Técnico Nº. 56 de 2011. *Dispõe sobre a competência do Técnico de Enfermagem pra Realizar “Triagem” e Pré Consulta: Aferição de Pressão Arterial e Verificação de Medidas Antropométricas nos Usuários da Policlínica Municipal, aos Finais de Semana, para “Facilitar” o Serviço dos Profissionais Médicos.* Minas Gerais, Belo Horizonte; 2011.