**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO**

**PARECER COREN-SP 001/2012 – CT**

**PRCI nº 99.069/2012**

**VIDE PARECER COREN-SP 001/2023**

***Assunto: Acolhimento com classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester – STM – executado por Enfermeiro no atendimento de Urgência e Emergência. Legalidade da atuação.***

REVOGADO

## 1. Do fato

Solicitado parecer por usuário do sistema de saúde, em 31 de março de 2012, sobre a legalidade da realização de triagem clínica por Enfermeiro e Auxiliar de Enfermagem no Pronto Socorro de um Hospital de Santo André, baseado no levantamento dos sinais vitais e sintomas apresentados pelo paciente, principalmente considerando o sinal de dor abdominal intensa.

## 2. Da fundamentação e análise

Preliminarmente, é necessário compreender as atribuições do Enfermeiro e do Auxiliar de Enfermagem pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, quais sejam:

> 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**;
> [...]

> **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:
> [...]
> b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
> [...]
> Art. 13 - **O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão**, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:
> § 1º Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
> § 2º Executar ações de tratamento simples;
> § 3º Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
> § 4º Participar da equipe de saúde.[1] (BRASIL, 1986, grifo nosso)

Ressalta-se que, por força do artigo 15 do Diploma legal citado, somente ao Enfermeiro cabe a supervisão da equipe de enfermagem, devendo o Auxiliar de Enfermagem desenvolver sua atividades por orientação e delegação daquele (BRASIL, 1986).

O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN-SP, em seu Parecer CAT nº 14/2009 sobre triagem clínica, já se posicionou trazendo conceitos que explicam que a triagem é o primeiro atendimento prestado por profissionais de saúde aos usuários dos serviços, tendo por objetivo uma primeira avaliação que permitirá a condução do caso, sendo que se executada por meio da classificação de risco, permitirá ao paciente mais grave o atendimento imediato, o que não pode ser confundido com o ato de dispensar o cliente **sem atendimento**.

O documento salienta que, o Ministério da Saúde já propôs o mecanismo de acolhimento com avaliação de risco para hospitais nas áreas de acesso como em Pronto Atendimentos ou Pronto Socorros, concluindo que o Enfermeiro, exclusivamente dentro da equipe de enfermagem, poderá realizar a triagem ou acolhimento do paciente nas unidades públicas de atendimento, pois compete a ele, legalmente, a consulta de enfermagem e as

REVOGADO

atividades ou procedimentos que requerem capacidade de tomada de decisão rápida e de maior complexidade.

Neste processo de acolhimento com classificação de risco cabe ao Auxiliar de Enfermagem, se necessário, somente a mensuração dos sinais vitais e anotação das queixas apresentadas pelo paciente em ficha de atendimento, sob supervisão do Enfermeiro, de acordo com suas competências legais previstas no Decreto nº 94.406/1987.

Importante salientar, que todo o Processo de Enfermagem deverá ser registrado pelo Enfermeiro em ficha de atendimento ou prontuário, de acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009, recomendada a existência de protocolo institucional escrito dos procedimentos e fluxos de acolhimento com classificação de risco a serem seguidos pela equipe.

Esse Parecer foi acolhido de forma integral pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN - quando em 09 de abril do corrente ano editou a Resolução COFEN nº 423, que em seu artigo 1º determina: "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".

Com vistas à regulamentação do Sistema de Urgência e Emergência e à promulgação da Política Nacional de Humanização pelo Ministério da Saúde, a palavra *triagem* foi substituída por *classificação de risco* (BRASIL, 2002, 2009).

Ressalta-se que todo profissional de Enfermagem deve pautar suas ações em evidências científicas, podendo, no caso em tela, utilizar o Sistema de Triagem de Manchester (STM) para classificação de risco, muito utilizado e aplicado por Enfermeiros, que visa padronizar o atendimento nas emergências e garantir um tempo de espera condizente com a gravidade dos casos, pois a priorização se dará de acordo com a condição clínica do doente (ANZILIERO, 2011).

REVOGADO

O STM utiliza uma lista de 52 condições pré-definidas ou fluxogramas de apresentação, conforme nos explica ANZILIERO (2011):

> [...] Um fluxograma é elencado, a partir da queixa inicial do paciente, que deve ser coletada e, resumidamente, registrada pelo enfermeiro. Os discriminadores "são as características que diferenciam pacientes entre si de tal forma que eles possam ser alocados em uma das cinco prioridades clínicas" (MACKAWAY-JONES, 2006; Grupo Português de Triagem, 1997, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010 *apud* ANZILIERO, 2011, p. 16).
>
> Os discriminadores gerais estão presentes de forma repetida em vários fluxogramas, a exemplo os discriminadores "risco de vida", "dor", "hemorragia", "temperatura", "grau do estado de consciência" e "agravamento do estado clínico". Já os específicos se aplicam a situações pontuais. Dessa maneira, ao compararmos os discriminadores "dor aguda" e "dor pleurítica" temos o primeiro como discriminador geral e o segundo como específico [...] (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010 *apud* ANZILIERO, 2011, p. 17).
>
> Resumidamente, a queixa do paciente leva a um fluxograma de apresentação composto pelos discriminadores [...] e, as respostas positivas ou negativas a esses discriminadores levam a uma prioridade clínica definida por cores, que correspondem à gravidade e ao tempo máximo que o paciente pode esperar por atendimento (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010 *apud* ANZILIERO, 2011, p. 18).
>
> [...]
>
> Nesse sistema de classificação, originalmente não foi previsto o acesso ao serviço de emergência por outros motivos, além dos descritos nos fluxogramas. Este é o caso de pacientes que utilizam a emergência como porta de entrada para procedimentos (eletivos), por exemplo. Para que este tipo de admissão não criasse um viés nas auditorias do sistema, o GPT criou a mais uma categoria de cor para o STM: a cor branca [...] (Grupo Português de Triagem, 1997; Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010 *apud* ANZILIERO, 2011, p. 19).

A Figura 1 (PORTAL DA ENFERMAGEM, 2012) mostra o sistema de cores utilizado pelo STM, cuja classificação corresponde a priorização no atendimento ao paciente, lembrando que para cada uma delas será delimitado o tempo de espera para atendimento. Para o vermelho é indicado o atendimento imediato, para o laranja um atendimento denominado de quase imediato (até 10 minutos de tolerância), para o amarelo um tempo de espera de até 60 minutos, para o verde até 2 horas e para o azul até 4 horas.

REVOGADO

Figura 1

Qualquer paciente poderá ter seu quadro clínico agravado, por isso, o STM prevê a possibilidade de reclassificação durante o tempo de espera.

A dor, devido sua importância, é considerado o quinto sinal vital, portanto, sua avaliação se torna cada vez mais frequente nos pacientes que procuram o serviço de urgência e emergência, sendo fundamental para uma adequada classificação de risco e priorização no atendimento.

Há escalas que conseguem quantificar a dor sentida, inclusive sendo prevista no protocolo de Manchester (ANZILIERO, 2011).

REVC

Um estudo realizado por Enfermeiros de Minas Gerais sobre a concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester na classificação de risco em pronto-socorro, mostrou que "conforme a nomenclatura do protocolo de Manchester [...] a dor representou a principal queixa dos pacientes, sendo que a cefaleia e a dor abdominal corresponderam a 31,5% do total das queixas apresentadas[...]" (SOUZA et al., 2011).

"A dor abdominal pode ter várias origens e necessitar de várias abordagens, sendo sintoma comum a múltiplas patologias. [...] Esta é uma queixa frequente, sendo referida por cerca de metade dos adultos quando questionados [...]" (CASTELO, 2009).

> No caso da queixa identificada ser "Dor Abdominal" [...], os primeiros discriminadores a pesquisar são o "Compromisso da via aérea", a "Ineficácia da respiração" e o "Choque". A presença de um deles implica a triagem com a cor vermelha, para observação imediata. Na sua ausência, são pesquisados novos discriminadores: "Dor severa?", "Dor irradiando para a região dorsal?", "Hematemeses?", "Hematoquésias, melenas ou rectorragias?". A presença de um destes discriminadores leva à triagem com a cor laranja (muito urgente) . Na sua ausência, são pesquisados novos discriminadores: "Dor moderada?", "Dor com irradiação ao ombro?", "Possível gravidez?", "História de fezes pretas ou ensanguentadas?", "Vómitos persistentes?". A resposta afirmativa a um destes discriminadores leva à triagem com a cor amarela (urgente) . Uma resposta negativa leva à pesquisa de novos discriminadores: "Dor?", "Vómitos?" , "Problema recente?". A presença de um destes discriminadores leva à triagem com a cor verde (pouco urgente). A sua ausência tria o doente com a cor azul (não urgente) (CASTELO, 2009, p. 2).

Um dos fluxogramas do STM determina a triagem da dor abdominal da seguinte forma – Figura 2 (CASTELO, 2009):

REVOGADO

Figura 2

Por fim, o artigo 12 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem prevê que seja assegurada uma Assistência de Enfermagem livre de danos, "decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência".

## 3. Da Conclusão

Mediante o exposto acima, é seguro afirmar que ao Enfermeiro cabe o acolhimento com classificação de risco baseado em evidências científicas, sendo uma delas o uso do Sistema de Triagem de Manchester, que tem como finalidade a priorização do atendimento dos pacientes nos serviços de urgência e emergência e a garantia da política de saúde instituída pelo Ministério da Saúde.

REVOG

Esse sistema contém vários fluxogramas (discriminadores) que auxiliam o profissional na classificação de risco, incluindo a dor abdominal, apontada no questionamento recebido por este Regional, o que trouxe ao Enfermeiro a suposta avaliação sobre o tempo de espera determinado para o atendimento desse usuário em específico. Lembrando que nenhuma classificação é estanque podendo ser reavaliada nos casos de alteração da condição do paciente.

Importante salientar que o usuário que se sentir prejudicado por suposta conduta antiética do profissional de enfermagem, poderá denunciar o caso ao Conselho Regional de Enfermagem, mediante apresentação formal dos fatos, cumpridos os requisitos os artigo 22 do Código de Processo Ético-Disciplinar dos Profissionais de Enfermagem, a saber:

> Art. 22. A denúncia será apresentada por escrito ou, quando verbal, reduzida a termo por servidor ou Conselheiro contendo os seguintes requisitos:
> I- Presidente do Conselho a quem é dirigida;
> II- nome, qualificação e endereço do denunciante;
> III- narração objetiva do fato ou do ato, se possível com indicação de localidade, dia, hora, circunstâncias e nome do autor da infração;
> IV- o nome e endereço de testemunhas, quando houver;
> V- documentos relacionados ao fato, quando houver; e
> VI- assinatura do denunciante ou representante legal.

REVOGADO

**É o parecer.**

**São Paulo, 03 de julho de 2012**

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO**

**Membros da Câmara Técnica**

Prof. Dr. Mauro Antonio Pires Dias da Silva
Enfermeiro
Presidente
COREN-SP 5.866

Ms. Marcília R. C. Bonacordi Gonçalves
Enfermeira
Conselheira
COREN-SP 47.797

Profa. Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Enfermeira
COREN-SP 44.306

Prof. Dr. Paulo Cobellis Gomes
Enfermeiro
COREN-SP 15.838

Enfª Regiane Fernandes
Fiscal
COREN-SP 68.316

Ms. William Malagutti
Enfermeiro
COREN-SP 36.580

REVOGADO

**Referências Bibliográficas**

ANZILIERO, Franciele. **Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco: Revisão de Literatura**. Porto Alegre: UFRGS, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37506>. Acesso em: 02 jul. 2012.

BRASIL. 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. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>. Acesso em: 17 mai 2012.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>. Acesso em: 16 mai 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 16 mai 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2012.

CASTELO, Luís Carlos Sá e. **Abordagem ao Doente com Dor Abdominal no Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António no ano de 2008 – Um estudo descritivo envolvendo 8004 doentes**. Porto: Edição do autor, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21155/2/Dissertao%20Luis%20Castelo%20%20Abordagem%20ao%20doente%20com%20dor%20Abdom.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2012.

CASTELO, Luís Carlos Sá e. **Abordagem ao Doente com Dor Abdominal no Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António no ano de 2008 – Um estudo descritivo envolvendo 8004 doentes**. 2009. Figura I Fluxograma da Dor Abdominal – Quadro 21 da Triagem de Manchester. Altura: 1265 pixels. Largura: 1700 pixels. Formato JPEG. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21155/2/Dissertao%20Luis%20Castelo%20%20Abordagem%20ao%20doente%20com%20dor%20Abdom.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2012.

REVOGADO

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>. Acesso em: 16 mai 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 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://site.portalcofen.gov.br/node/4384>. Acesso em: 16 mai 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 370, de 03 de novembro de 2010. Código de Processo Ético Disciplinar de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/resolucao370_10anexo.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 423, de 09 de abril de 2012. Normatiza, no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de classificação de riscos. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/8956>. Acesso em 16 mai 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Parecer CAT nº 14/2009, de 23 de dezembro de 2009. Triagem clínica por técnico/auxiliar de enfermagem. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/14.pdf>. Acesso em: 16 mai 2012.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Classificação de Risco na Urgência e Emergência. 1. ed. Brasil, 2010 apud ANZILIERO, 2011.

REVOGADO

PORTAL DA ENFERMAGEM. Triagem de Manchester – padronização no Pronto Atendimento. 2012. Altura: 530 pixels. Largura: 579 pixels. Formato JPEG. Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/plantao_read.asp?id=1461>. Acesso em: 03 jul. 2012.

SOUZA, Cristiane Chaves de; TOLEDO, Alexandre Duarte; TADEU, Luiza Ferreira Ribeiro; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Classificação de risco em pronto socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100005&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 jul. 2012.

**Aprovado na 797ª Reunião Ordinária Plenária**

REVOGADO