

**ANA AUGUSTA PIRES COUTINHO**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE  
EMERGÊNCIA: uma análise para além de sua  
dimensão tecno-assistencial.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**2010**

**ANA AUGUSTA PIRES COUTINHO**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: uma análise para além de sua dimensão tecno-assistencial.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente.

**ORIENTADOR: LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO-UNIFESP**

**CO-ORIENTADOR: JOAQUIM ANTÔNIO CÉSAR MOTA – UFMG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**2010**

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente**

**Reitor:** Prof. Clélio Campolina Diniz

**Vice-Reitora:** Prof<sup>a</sup>. Rocksane de Carvalho Norton

**Pró-Reitor de Pós-Graduação:** Prof. Ricardo Santiago Gomez

**Pró-Reitor de Pesquisa:** Prof. Renato de Lima dos Santos

**Diretor da Faculdade de Medicina:** Prof. Francisco José Penna

**Vice-Diretor da Faculdade de Medicina:** Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação:** Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

**Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação :** Prof<sup>a</sup>. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

**Chefe do Departamento de Pediatria:** Prof<sup>a</sup>. Maria Aparecida Martins

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:** Prof. Joel Alves Lamounier

**Subcoordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:** Prof<sup>a</sup> Ana Cristina Simões e Silva

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente:**

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof<sup>a</sup> Ivani Novato Silva

Prof<sup>a</sup> Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof<sup>a</sup> Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof<sup>a</sup> Regina Lunardi Rocha

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo – Representante Discente

Prof<sup>a</sup>. Regina Lunardi Rocha

Gustavo Sena Sousa (Repr. Discente)

## RESUMO

O estudo apresenta a experiência de implantação da classificação de risco através da utilização do Sistema de Triagem de Manchester – STM no Hospital Risoleta Tolentino Neves, resgatando o seu processo de implantação, bem como apontando elementos de transformação do cotidiano da instituição, a partir da perspectiva dos atores institucionais que participaram ativamente de sua operacionalização.

Para tanto foram realizados os seguintes procedimentos metodológicos: a) diário de campo, a partir da observação participante e da coleta de depoimentos nos meses iniciais de funcionamento da nova sistemática de trabalho utilizando o STM, com o objetivo de registrar as principais dificuldades, conflitos e resistências; b) grupo focal, oito meses após a implantação do STM, com membros das equipes do pronto-socorro e da direção do hospital, envolvidas diretamente na operacionalização do STM; c) caracterização do perfil de atendimento do Serviço de Emergência através da análise crítica de 73.593 registros de pacientes que compareceram ao serviço de emergência nos oito meses subsequentes à implantação; d) entrevistas com médicos que trabalham no pronto-socorro diariamente e com atores externos ao hospital que participaram da formulação da política no Estado de Minas Gerais; e) levantamento documental tais como relatórios gerenciais e documentos oficiais.

O estudo evidenciou que a população exerce um papel fortemente protagonista na conformação do modelo assistencial do hospital ao assumir posição ativa perante as novas regras de acesso e de funcionamento do serviço de emergência, causando aumento importante no volume de atendimento. Os resultados mostram como o STM implica em importantes e novas tensões entre os dois principais corpos profissionais do hospital – médicos e enfermeiros ao interferir na autonomia do trabalho médico, em particular quando a priorização e a ordem do atendimento passam a ser definidas pelo profissional de enfermagem, funcionando como um *dispositivo institucional* de regulação e controle interposto entre o médico e o paciente. Mostrou também como o envolvimento e a adesão dos profissionais se configuraram em elementos essenciais para o sucesso da implantação da classificação de risco, exatamente por produzirem deslocamentos e novas tensões na vida da organização hospitalar, exigindo permanente rede de conversação e negociação interna e externa ao hospital, podendo vir a se constituir em indutor de construção e articulação de redes assistenciais. A análise da

experiência evidenciou como o Sistema de Triagem de Manchester, para além da sua dimensão técnica, em princípio “apenas” um protocolo clínico e ferramenta de classificação de risco adotada como “tecnologia assistencial e gerencial” para ordenar e racionalizar o processo de produção do cuidado em situações de urgência e emergência, interfere intensamente nas relações de poder presentes na unidade de urgência, razão pela qual foi denominada de “*tecnologia política*”. Nesse sentido, o STM deve ser apreciado em sua relação com a reconhecida tendência mundial de racionalização crescente das práticas médico-hospitalares, com consequências ainda não claras sobre o modo clássico de funcionamento do hospital.

**PALAVRAS-CHAVE:** classificação, triagem, serviço hospitalar de emergência, política de saúde.

## ABSTRACT

This study presents a classification experience involving the introduction of the Manchester Triage System (MTS) into the Risoleta Tolentino Neves Hospital, in the City of Belo Horizonte, Brazil. As the introduction process is analyzed, it highlights the transformation occurred in the hospital routines through the point-of-view of institutional actors who actively participated in MTS planning and operation.

The following methodological procedures were employed in the analysis: a) field report – derived from participant observation and interviews carried out during the first months when the new MTS system was introduced. This method was aimed at spotting the main difficulties, conflicts, and resistance found in the process; b) focal group – performed eight months after the MTS introduction, this method involved emergency department teams and hospital administration members directly concerned with the MTS; c) Health care profile – related to the hospital emergency department through the analysis of 73,593 reports about patients who used the emergency service within the eight months after the MTS introduction; d) Interviews – conducted with medical doctors who worked at the emergency department on a daily basis, and with out-of-hospital professionals who participated in the formulation of the policy in the State of Minas Gerais; e) documentary survey such as management reports and official documents.

The study pointed to the fact that the population plays a highly prominent role to conform the hospital health care model as people take up an active position in regard to the new rules for the access and operation of emergency departments, which leads to a meaningful increase in the number of patients seen. Results show how the MTS implies important as well as new tensions between the main hospital professional bodies – physicians and nurses – as it interferes with the medical work autonomy, particularly when prioritization and sequence are defined by the nursing professional. Therefore, it works as an *institutional device* for regulation and control that is placed in-between the physician and the patient. The study also demonstrates how the involvement and adhesion of professionals stand for essential elements for the successful triage introduction, exactly because it produces displacements and new tensions in the life of a hospital organization. This calls for a permanent conversation and

negotiation network, either in or out-of-hospital, so it can become an inducing agent for the construction and articulation of health care networks. The experience proved how the Manchester Triage System, beyond its technical dimension – firstly a “simple” clinical protocol and a classification tool adopted as “health care and management technology” to categorize and rationalize the health care production process in emergency situations –, intensively interferes with the power relations found in the emergency department. This is the reason why it received the title of “*political technology*”. In that regard, the MTS must be appreciated in its relation with the recognized world trend towards an increased rationalization of medical-hospital practices, with still unclear consequences for the classical hospital operation.

**KEYWORDS:** classification, triage, hospital emergency department (ED), health policy.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos diretores do Hospital Risoleta Tolentino Neves, pela oportunidade de desenvolver esse estudo e por compartilhar histórias de militância em defesa do serviço público de saúde.

À equipe de assessores do Hospital Risoleta Tolentino Neves, colegas de trabalho, em especial à Leonor, pelos momentos de trabalho conjunto.

Especialmente à equipe do Pronto Socorro, com quem pude compartilhar a experiência de um cotidiano de trabalho tenso e desafiante e pela disponibilidade de participar desta pesquisa.

À equipe de coordenadores, em especial Silvia, Shirley, Aloísio, Leonardo e os demais funcionários, pela concessão de informações tão necessárias ao desenvolvimento do estudo.

Ao Prof. Luiz Cecílio, querido orientador, parceiro solidário, por cada dia de trabalho conjunto numa orientação cuidadosa e competente.

Ao Prof. Toninho (Prof. Joaquim Antônio), que possibilitou o desenvolvimento desta tese e pelas valiosas contribuições.

Ao Prof. Ricardo, Prof. Henrique e Prof<sup>a</sup> Tânia, membros da banca de qualificação, pelas contribuições.

À amiga Alzira, pessoa querida, sempre disponível e solidária!

À Mônica Montenegro e Rita Gonçalves, amigas que me acompanharam e incentivaram.

À Mônica Costa, amiga solidária, admirável pela competência e caráter ético.

A Flávia, Letícia e Enderson, parceiros de luta diária na UPA Centro-Sul.

Ao Sávio e ao Astor, pelo trabalho incansável na preparação do banco de dados.

À Prof. Dra. Mariângela, pela cuidadosa revisão desta tese.

Ao Prof. Joel, pela disponibilidade e competência em me atender prontamente.

À minha família, Edmundo, Flávio e Mariana, por estarem ao meu lado nos momentos difíceis, à Rita e Maria Teresa, irmãs queridas, à minha mãe por sua presença silenciosa, zelando por mim, e tantos outros que torceram para que eu finalizasse esta tese.

Finalmente, a Deus por ter colocado pessoas tão especiais em minha vida.



## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATS	Australasian Triage Scale
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CLT	Consolidação das leis Trabalhistas
COBOM	Corpo de Bombeiro
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
ESI	Emergency Severity Index
FHEMIG	Fundação Hospitalar de Minas Gerais
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
GBACR	Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco
HOB	Hospital Odilon Berhens
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
MTG	Manchester Triage Group
MTS	Manchester Triage System
PNH	Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão
PS	Pronto Socorro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/MG	Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade Pronto Atendimento
USB	Unidade de Suporte Básico
USA	Unidade de Suporte Avançado

## SUMÁRIO

RESUMO.

ABSTRACT.

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	Objetivo Geral.....	21
1.2	Objetivos Específicos.....	21
1.3	Pressupostos Básicos.....	22
2	O CAMPO DE PESQUISA: O Hospital Risoleta Tolentino Neves.....	23
3	METODOLOGIA .....	47
3.1	A escolha do método.....	48
3.2	Plano de trabalho.....	53
3.3	Estratégias de investigação.....	53
3.4	Análise de Implicação .....	58
4	SOBRE O HOSPITAL E SUA MICROPOLÍTICA.....	66
	ARTIGO 1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester.....	89
	ARTIGO 2 - Classificação de Risco com Utilização do Sistema de Triagem de Manchester em um Serviço de Emergência.....	113

ARTIGO 3 – A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM MANCHESTER PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UM HOSPITAL BRASILEIRO: uma avaliação para além de sua dimensão técnica.....	133
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	153
APÊNDICES.....	160
APÊNDICE 1 Relatório da observação do campo de pesquisa.....	161
APÊNDICE 2 Relatório do grupo focal e entrevistas.....	175
APÊNDICE 3 Tabelas Complementares.....	191
ANEXOS.....	205
Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	206
Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Risoleta Tolentino Neves.....	207
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	208
Comprovante de aprovação de artigo.....	209

Somente uma pequena parte de meu conhecimento tem origem na minha experiência pessoal. A parte mais importante é de origem social (*social derived*), foi-me transmitida pelos meus amigos, meus pais, meus professores e os professores de meus professores. (Kenett Leiter,1980)

# **1 INTRODUÇÃO**

O contexto atual de organização do Sistema Único de Saúde, mesmo com os avanços e progressiva expansão da atenção primária nas últimas décadas, tem demonstrado ser ainda crucial a contribuição dos hospitais para a realização da integralidade do cuidado demandado pelas pessoas, tanto no setor público como no privado. O serviço de urgência e emergência, dentre as áreas de produção do cuidado no hospital, destaca-se como espaço particularmente importante e complexo, motivo pelo qual o Ministério da Saúde tem definido, de modo crescente, políticas específicas para a área, cujos instrumentos legais-regulatórios mais importantes são apresentados abaixo. Eles compõem o “pano de fundo político-jurídico” do presente estudo.

- A Portaria Ministerial N° 2048 de 05 de Novembro de 2002 instituiu o **Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência** que fornece as diretrizes e princípios organizativos, as normas e critérios de financiamento, classificação e cadastramento de serviços de urgência e emergência.
- A Portaria GM/MS n.º 1.863, de 29/09/2003a, instituiu a **Política Nacional de Atenção às Urgências**.
- A **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão** instituída em 2003, recomendou o **Acolhimento com Classificação de Risco** como dispositivo para qualificar as portas de entrada dos serviços de urgência e emergência.
- Em junho de 2004, o **QualiSUS – Programa de Qualificação do Atendimento às Urgências e Emergências Hospitalares** foi apresentado como estratégia de melhoria desses serviços no SUS.
- O **QualiSUS-Urgência - Programa de Qualificação da Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde** - instituído pela Portaria N° 3.125/GM, de 7/12/2006.
- A **Portaria GM/MS n.º 2922 de 02/12/2009** estabeleceu as diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de organização de redes locais-regionais de atenção integral às urgências, por meio da adequação e implantação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA.

Embora essas políticas definidas pelo Ministério da Saúde possam funcionar como grande pano de fundo ou como certo demarcador do campo, o modo de operar e gerir os serviços de urgência e emergência é muito variado em função da missão, do perfil assistencial, do modelo jurídico, da incorporação tecnológica, da sua inserção na rede local e também da organização e capacidade do Sistema de Saúde onde está inserido, dentre outras. Ou seja, há desafios concretos e imensos na operacionalização de tais políticas, que precisam ser debatidas, contextualizadas e “traduzidas” nos espaços micropolíticos de produção do cuidado. Esse é o ponto de partida do presente estudo.

O panorama dos sistemas locais de saúde onde se insere a atenção às urgências no país, a despeito das desigualdades entre as várias regiões do Brasil, pode ser assim sintetizado<sup>1</sup>:

- Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e Saúde;
- Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos;
- Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica;
- Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade;
- Má utilização das portas de entrada da alta complexidade;
- Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências;
- Deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal;
- Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores;
- Baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- Dificuldades na formação de sistemas regionais e fragilidade política nas pactuações;
- Incipiência nos mecanismos de referência e contra-referência;
- Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas;
- Falta de regulação para garantir acesso ao meio mais adequado.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulação médica das urgências*, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.126 (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Este panorama nacional, aliado à modificação do perfil epidemiológico e de morbimortalidade nas áreas metropolitanas, em particular o crescimento da importância das causas externas, resultou em maior relevância do atendimento de urgência e emergência e tem apontado para a desproporção entre a demanda dos usuários que chegam aos serviços e a capacidade de oferta de atendimentos. Um dos resultados mais dramáticos de tal quadro, evidenciado tanto no Brasil como no exterior, é a superlotação<sup>2</sup> dos serviços de emergência que funcionam com “porta aberta”, atendendo à demanda espontânea.

O American College of Emergency Physicians-ACEP (2008)<sup>3</sup> define que “os serviços de emergência são considerados superlotados quando todas as salas estão cheias, todas as camas e cadeiras estão ocupados e todos os corredores estão cheios” (p.6).

Bittencourt e Hortale (2009)<sup>2</sup> caracteriza a superlotação por:

*Todos os leitos do Pronto Socorro ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde como um todo e do hospital em particular. (p.1439)*

Delert; Richards e Kravitz (2001, p.154)<sup>4</sup> definem que o serviço de emergência está superlotado quando

*Os pacientes estão aguardando mais que uma hora para serem atendidos pelo médico; sala de espera cheia; todas as camas do pronto socorro estão ocupadas por mais de 6 horas/dia; pacientes admitidos no leito ou nos corredores do pronto socorro por não haver leitos de internação disponíveis por mais de 6 horas/dia; médicos se sentindo pressionados para o atendimento por mais de 6 horas/dia, e o número de horas que o pronto socorro fica fechado operando com desvio de ambulância.*

---

<sup>2</sup> BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p. 1439-1454, 2009.

<sup>3</sup> AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS (ACEP). *Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions*. Acessado em 23/02/2010. Disponível em: [http://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/Membership/Sections\\_of\\_Membership/intnatl/news/2008BoardingReport.pdf](http://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/Membership/Sections_of_Membership/intnatl/news/2008BoardingReport.pdf)

<sup>4</sup> DERLET, R.W.; RICHARDS J. R.; KRAVITZ R. L. Frequent Overcrowding in U.S. Emergency Departments. *Academic Emergency Medicine*, v. 8n. 2, p.151-55, 2001. Acessado em 03/03/2010. Disponível em <http://www.saem.org/SAEMDNN/Portals/0/Committees/Crowd/CrowdDocs/AEMArticles/FrequentOvercrowdingAEM.pdf>



A Joint Commission Resources (2008, p.13-14)<sup>5</sup> apresenta a questão da superlotação como um problema sistêmico que extrapola o pronto socorro, sendo esse apenas a unidade mais vulnerável a entrar em pane, e aponta, dentre uma série de fatores complexos, as tendências simultâneas relacionadas à demanda de eficiência, associadas ao aumento de expectativas:

1. *A eficiência exigida dos hospitais os impele a operar próximos à sua capacidade máxima;*
2. *A eficiência exigida do sistema de saúde impele os pacientes a buscar atendimento no lugar mais acessível;*
3. *A eficiência exigida dos hospitais os impele a uma flexibilidade e habilidade limitada para acomodar as variações de demandas de pacientes;*
4. *A eficiência exigida dos médicos limita a disponibilidade para atender pacientes não agendados (na atenção básica), encorajando esses pacientes a buscar locais alternativos, principalmente o pronto socorro;*
5. *As crescentes expectativas dos pacientes focam-se na conveniência do serviço que funciona 24 horas.*

Sendo assim, a necessidade de agilidade no atendimento não apenas como um meio de minimizar o problema da superlotação, mas principalmente o de aliviar o sofrimento e salvar vidas, torna o trabalho nesses serviços especialmente desgastante e tenso para usuários e trabalhadores. A adoção de ferramentas com potencialidades para intervir sobre o processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência pode viabilizar o alcance de um novo ordenamento no cotidiano do hospital, na perspectiva de legitimação e atendimento das necessidades dos usuários e de suas demandas, negociadas e conciliadas, na medida do possível, com a dos profissionais.

É nesse contexto que surge o Acolhimento com Classificação de Risco como uma das alternativas possíveis para qualificar as “portas dos Serviços de Emergências”, apresentando-se como dispositivo tecno-assistencial de intervenção sobre o modo de produção do cuidado.

---

<sup>5</sup> JOINT COMMISSION RESOURCES. Tradução LOPES, F.M. *Gerenciando o Fluxo de Pacientes- Estratégias e Soluções para lidar com a superlotação hospitalar*. Porto Alegre, Editora Artmed, 2008. 148 p.

A PNH<sup>6</sup> referencia o Acolhimento como

*Um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção da saúde (p.17).*

A experiência de adoção do Acolhimento como modo constituinte das práticas de saúde é hoje bastante conhecida e difundida nos serviços de saúde. Entretanto, o uso da ferramenta de classificação de risco ainda é um desafio para as instituições de saúde. O termo “classificação de risco” é empregado mais comumente no Brasil em substituição ao termo “triagem” utilizado internacionalmente. Conforme Mackway-Jones, Marsden e Windle<sup>7</sup>, “*triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade clínica excede a capacidade*”(p.1).

Tem sua origem na guerra, durante a Revolução Francesa, e constituía em identificar e avaliar rapidamente os soldados feridos, separar os que exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento para recuperá-los o mais rápido possível e devolvê-los ao campo de batalha. Esse processo aperfeiçoou-se ao longo dos anos, mas não era aplicado à população civil até a década de 60, quando evidencia-se nos Estados Unidos um processo de mudança da prática médica com reflexos na procura pelos serviços de urgência, que passaram a receber a demanda não atendida em consultórios ou pelo médico de família. O grande volume de pacientes com perfil menos grave chegando aos serviços de emergência levou à necessidade de classificar os doentes e determinar aqueles que necessitavam de cuidado imediato. A partir de então, a triagem classificatória passou a ser utilizada como método com grande sucesso<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup>BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Acolhimento e classificação de risco*. Brasília, 2009.(Série Cartilhas da PNH). Acessado em 20/02/2010 disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)

<sup>7</sup>MACKWAY-JONES K.; MARSDEN J.; WINDLE J. *Emergency Triage*. Manchester Triage Group. 2ªed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2006. 178 p.

<sup>8</sup>GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. *História da Classificação de Risco*. Acessado em 12/04/2009. Disponível em: [http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39)

Nos últimos anos, em particular na década de 90, vários protocolos de classificação de risco foram desenvolvidos e utilizados como instrumentos que objetivavam priorizar o acesso do usuário através da definição do atendimento médico por critério clínico e não por critério administrativo ou por ordem de chegada ao serviço.

Existem vários protocolos de classificação de risco implantados no país; entretanto, neste estudo, enfocamos o Sistema de Triagem de Manchester que está sendo utilizado pela primeira vez no Brasil como parte da Política de Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais, através da parceria com o Grupo Português de Triagem e o Manchester Triage Group.

Os estudos realizados sobre sistemas de classificação de risco, particularmente o Sistema de Triagem de Manchester, na sua maioria são relativos à validação e confiabilidade do protocolo para detectar o risco de vida iminente do paciente que chega ao Serviço de Emergência. Não foi encontrado estudo demonstrando sua potência como ferramenta para intervir no processo de trabalho em saúde, abrindo, assim, possibilidades de interrogações sobre o modo instituído com que se opera o trabalho em saúde nos serviços de urgência e emergência no âmbito hospitalar. Por isso, este estudo foi organizado com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão dos possíveis impactos da operacionalização do STM na micropolítica dos serviços de urgência e emergência. Além disso, não foi encontrado também estudo que demonstre a capacidade do STM de contribuir para ordenar os fluxos externos relativos ao Sistema de Saúde como um todo. Este será o foco central do presente estudo, que buscou analisar o atendimento de urgência e emergência realizado no Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves, a partir da implantação do Sistema de Triagem de Manchester em 04 de novembro de 2008. A produção científica sobre o Sistema de Triagem de Manchester é recente, pois sua utilização iniciou-se em 1996 na Europa, e o primeiro artigo estudando o protocolo foi publicado em 1999, na Inglaterra<sup>9</sup>, como será mostrado na revisão da literatura.

---

<sup>9</sup> COOKE, M.W.; JINKS, S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? J Accid Emerg Med 1999 May; 16(3):179-81.

Outras características do HRTN justificam sua escolha para o presente estudo, para além do fato de ter adotado o STM. Trata-se de um hospital de grande porte, referência para os sistemas de saúde local e regional, que oferece atendimento para os casos traumatológicos e não traumatológicos, com assistência de média e alta complexidade. É um hospital de ensino, certificado em 07/05/2009 pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, e representa importante campo de saberes e práticas que o posiciona, de modo crescente, como uma instituição de relevância técnica e social. Mas, com certeza, a razão primeira da minha escolha, com vários elementos facilitadores e ao mesmo tempo dificultadores para a realização do estudo, foi o fato de participar de sua administração desde junho de 2006, quando ele passou a ser gerenciado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Fundação de Desenvolvimento e Pesquisa (FUNDEP). Desde o início, ocupo cargo de assessora da diretoria e, na condição de membro da direção do hospital, estive diretamente envolvida em todas as fases de implantação do STM. Aliás, a preparação desta tese de doutorado se deu de modo concomitante à implantação do STM. Agrega-se o fato do meu especial interesse pela gestão hospitalar pública, campo da minha atuação durante vários anos como profissional da gestão e também pesquisadora. Esses elementos me posicionam como ator interessado e privilegiado, mas sobretudo como sujeito implicado com o mundo do trabalho desse hospital, com o apoio e a abertura necessária para o desenvolvimento do presente estudo.

O desenvolvimento desta tese segue o modelo aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, que permite sua confecção no formato de artigos científicos a serem submetidos a periódicos científicos. Entretanto, para dar melhor compreensão do conjunto de temas abordados, optou-se por um modelo misto, com capítulos encadeados aos artigos produzidos, o que pode levar a alguma redundância de parte do conteúdo, objetivando dar sentido ao artigo para publicação. Sendo assim, a estruturação do trabalho foi elaborada da seguinte maneira:

### **Os capítulos:**

**Capítulo 1.** Introdução, com os objetivos geral e específicos da pesquisa.

**Capítulo 2.** O campo de pesquisa - apresento o Hospital Risoleta Tolentino Neves nos seus aspectos contextuais, identificando importantes fatos que perpassaram sua história mais recente, o modelo assistencial, de ensino e gestão, além dos resultados dos seus indicadores.

**Capítulo 3.** Metodologia – apresento os elementos do percurso metodológico utilizado no estudo, descrevendo o plano de trabalho e as estratégias de investigação adotadas para o alcance dos objetivos. Faço também uma análise da minha implicação com o estudo.

**Capítulo 4.** Sobre o hospital e sua micropolítica - faço uma discussão sobre o hospital como instituição complexa e as múltiplas dimensões que compõem sua micropolítica, subsidiando a análise do material empírico.

**Capítulo 5.** Considerações finais

**Os artigos:**

O **Artigo 1** corresponde à revisão crítica da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester.

O **Artigo 2** discute e analisa o processo de implantação da classificação de risco com a utilização do Sistema de Triagem de Manchester, identificando as estratégias adotadas pela Secretaria de Saúde e direção do hospital e as dificuldades encontradas. Apresenta os resultados da análise dos registros de pacientes atendidos no Serviço de Emergência oito meses após a implantação do STM, o perfil de atendimento do hospital, sua relação com a organização do Sistema de Saúde e o movimento do usuário na busca pela satisfação de suas necessidades.

O **Artigo 3** apresenta e discute os resultados obtidos no estudo, analisados sob a perspectiva das **múltiplas dimensões que compõem a micropolítica da organização hospitalar**, segundo esquema conceitual proposto por Cecilio (2008)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> CECILIO, L.C.O. “As múltiplas dimensões que configuram a micropolítica nas organizações hospitalares”. 2008. Material inédito.

Por fim, são apresentados os documentos anexos e apêndices contendo o relatório de observação de campo, do grupo focal e entrevistas, e as tabelas de dados complementares.

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de implantação da Classificação de Risco a partir da utilização do Sistema de Triagem de Manchester e as repercussões sobre a micropolítica do trabalho no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Risoleta Tolentino Neves, na perspectiva dos atores institucionais que o operacionalizam cotidianamente.

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o **processo de implantação** da classificação de risco com utilização do Sistema de Triagem de Manchester no HRTN/UFMG;
- Identificar as **transformações na organização do processo de trabalho** do Serviço de Urgência e Emergência, em particular como as diversas profissões se articulam e responsabilizam pela produção do cuidado;
- Identificar as **mudanças nas relações interprofissionais**, em particular os “lugares” que os profissionais ocupam na produção do cuidado;
- Identificar **como os profissionais avaliam a experiência** de utilização do Sistema de Triagem de Manchester no seu cotidiano;
- Analisar a **relação entre a utilização do Sistema de Triagem de Manchester e a organização** do Sistema de Urgência e Emergência.

### 1.3 PRESSUPOSTOS INICIAIS DO ESTUDO

A partir dos objetivos traçados acima, foi possível eleger alguns pressupostos<sup>11</sup> deste estudo.

1. A utilização do Sistema de Triagem de Manchester para classificação de risco impacta diretamente a organização do serviço de urgência do hospital no que se refere à gestão e produção do cuidado adulto e pediátrico.
2. O envolvimento e adesão dos profissionais se configuram em elementos essenciais para o sucesso da implantação da classificação de risco.
3. A implantação da classificação de risco exige permanente rede de conversação e negociação interna e externa, constituindo-se em indutor de construção e articulação de redes assistenciais.

---

<sup>11</sup> Conforme Hartz (1997, p.101), usar o conceito de pressuposto é mais adequado do que enunciar hipóteses a serem demonstradas, nos estudos qualitativos, embora sejam conceitos muito próximos.

## **CAPÍTULO 2**

# **CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA: O Hospital Risoleta Tolentino Neves**



Para uma melhor compreensão do contexto em que se desenvolveu este estudo, apresento o Hospital Risoleta Tolentino Neves nos seus aspectos estruturais e organizacionais.

## **2.1 Apresentação**

O Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HRTN), pertencente à Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, foi inaugurado em setembro de 1998 sob o gerenciamento da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG até 31/05/2007. É composto por um edifício central de 6 (seis) andares e está localizado na região Norte de Belo Horizonte, distante aproximadamente 17 Km da região hospitalar. Possui população de referência em torno de 1.100.000 pessoas, incluindo residentes dos Distritos Sanitários Pampulha, Norte e Venda Nova e dos municípios vizinhos de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, dentre outros. Apesar dos oito anos de funcionamento, a sua capacidade total nunca foi atingida, permanecendo com oferta reduzida de leitos de internação e de atendimento de urgência e emergência.

No final de 2005, a Secretaria de Saúde do Estado de Minas propôs uma parceria pública à Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Estabeleceu-se então um processo de negociação e definição dos princípios e diretrizes políticas, técnicas e operacionais, capazes de viabilizar tal parceria. A Universidade Federal de Minas Gerais e a Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa (FUNDEP) assumiram a gestão do hospital com o propósito de ampliar seu papel social nas políticas públicas de produção da assistência e do ensino em saúde, aperfeiçoando sua inserção na sociedade e no SUS.

Em fevereiro de 2006, iniciou-se o processo de definição do perfil assistencial com discussão entre representantes da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, Fundação Hospitalar de Minas Gerais, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais e Fundação de Desenvolvimento de Pesquisa. As prioridades assistenciais foram definidas a partir das demandas identificadas em Belo Horizonte e municípios vizinhos, objetivando um impacto significativo na ampliação do acesso e resolutividade do cuidado.

O mecanismo jurídico adotado foi a modalidade de convênio entre entes públicos, celebrado entre o Estado de Minas Gerais, através da SES/MG, a UFMG e a FUNDEP com a interveniência da FHEMIG. A FUNDEP é uma entidade de direito privado e princípios de direito público, sem fins lucrativos, reconhecida como a fundação de apoio às atividades de pesquisa, ensino, extensão e desenvolvimento institucional da UFMG. Por meio do termo de convênio, foram estabelecidos indicadores, metas, e parâmetros de gestão. Essa modalidade confere maior autonomia administrativa e gerencial, possibilitando maior agilidade nos processos administrativos, bem como flexibilização na gestão de pessoas com contratação por regime celetista (Consolidação das Leis Trabalhistas). Como mecanismo de controle e acompanhamento, foi definida uma Comissão Permanente de Acompanhamento do Convênio constituída de representantes dos parceiros e da Secretaria Municipal de Saúde de BH e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

Para a definição do orçamento, realizaram-se estudos com levantamentos de custo paciente/dia de outros hospitais que com características semelhantes às do modelo desenhado para o Hospital Risoleta Tolentino Neves, além de visitas em diversas instituições hospitalares do país que, do ponto de vista do modelo assistencial e de gestão, poderiam contribuir para o planejamento do HRTN. De maneira geral, os custos estimados para o cuidado dos pacientes clínicos, cirúrgicos e criticamente enfermos adotaram os perfis de maior complexidade existentes na Central de Internação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com necessidade de maior qualificação tecnológica e assistencial para o cuidado.

Até maio de 2006, o Hospital realizava apenas atendimentos de urgência clínica e de traumatologia ortopédica ambulatorial para adultos e crianças, contando com um suporte de 24 leitos de Clínica Médica, 10 leitos de CTI além de macas no Pronto Socorro para observação dos pacientes. Apesar de possuir um centro cirúrgico com 6 salas e leitos de recuperação pós-anestésica, este permaneceu desativado até 25 de dezembro de 2006.

**TABELA 1**  
**NÚMERO DE LEITOS EXISTENTES, HRTN, ATÉ 31/05/2006**

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>LEITOS</b>
Pronto Socorro	30 leitos (8 fem, 8 mas, 8 semi-intensivos e 6 pediátricos)
Clínica Médica	24 leitos (4º andar Ala A)
CTI Adulto	10 leitos
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>

Fonte: HRTN/UFMG

No processo de ativação do HRTN, houve aquisição de materiais e equipamentos para o bloco cirúrgico, área de apoio diagnóstico e área de infra-estrutura para a estruturação da engenharia hospitalar que não estava prevista inicialmente. Para tanto, foi fixado valor financeiro para investimento em parcela única, separado do valor mensal de custeio. Construiu-se então um Plano Operativo para a ativação do hospital no período de junho de 2006 a maio de 2007, composto pela descrição do modelo assistencial proposto, pelo cronograma de ativação dos leitos das enfermarias e ampliação do CTI, do Centro Cirúrgico e do Ambulatório de Egressos Cirúrgicos, com as estimativas de custos correspondentes, além do detalhamento do Plano de Investimentos necessários para o funcionamento do Hospital.

A UFMG iniciou a gestão em 01/06/2006, com o compromisso de cumprir o plano de trabalho firmado através da ativação progressiva, a partir de julho, dos leitos de Clínica Médica e do CTI. Em 26 de dezembro de 2006, houve a abertura do Centro Cirúrgico e de 48 leitos para suporte às clínicas cirúrgicas, causando uma importante transformação no hospital e na organização do Pronto Socorro, que passou a receber um número elevado de pacientes vítimas de médio e de grandes traumas, que anteriormente não eram atendidos, aumentando o volume e a complexidade do perfil dos usuários.

Por outro lado, resultado de um processo de negociação entre a UFMG, gestores de BH e da SES/MG, em 01 de agosto de 2007 foi aberta a Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves como unidade de referência materno-infantil de risco habitual, especialmente para a população do Distrito Sanitário de Venda Nova e municípios vizinhos. Esta parceria foi objeto de termo aditivo ao Convênio inicialmente celebrado e surgiu da necessidade de se estruturar

um atendimento humanizado, digno e qualificado, possibilitando a redução de mortes precoces e evitáveis nesta região.

A Maternidade adotou os mesmos princípios e diretrizes institucionais das Linhas de Cuidado Clínico, Cirúrgico e Intensivo, constituindo-se como uma Linha de Cuidado obstétrico e neonatal integrada às demais áreas. Como pilares do modelo de assistência ao parto e nascimento, adotou-se: o acolhimento imediato da gestante, presença do acompanhante de livre escolha da mulher durante toda a internação, valorização do processo fisiológico do nascimento, práticas baseadas em evidências científicas e no modelo humanístico, suporte ao parto por doula comunitária, incentivo ao parto vertical; articulação permanente com o Distrito Sanitário e Centros de Saúde, atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto, acompanhamento sistemático dos indicadores de qualidade, estrutura baseada nos critérios da Comissão Perinatal, Vigilância Sanitária, Programa de Humanização da Assistência ao Parto e Puerpério. Novamente a dinâmica institucional foi modificada, incluindo novo perfil de clientela, novos perfis profissionais, de alunos e médicos residentes, e novos processos de trabalho, alterando de forma evidente a organização, provocando, inclusive, o funcionamento de uma nova porta de entrada exclusiva para gestantes. No período de agosto de 2007 a julho de 2008, foram realizados 2.241 partos normais, dos quais 38,6% foram assistidos por enfermeiros obstetras, dando concretude a um novo modelo de assistência ao parto e nascimento, no qual o trabalho conjunto do médico e da enfermeira obstetra tem provocado mudanças importantes nas práticas e rotinas institucionais.

Ressalta-se que a permanência da Maternidade no HRTN é temporária, tendo em vista que o município de Belo Horizonte está construindo uma nova área física, na mesma região, com capacidade maior de atendimento.

De maneira similar, a abertura do Ambulatório de Egressos realizada em 01/09/2007 também provocou mudanças importantes no HRTN, gerando novos processos de trabalho, possibilitando melhor assistência e resolutividade para os pacientes da Linha do Cuidado Cirúrgico atendidos como egressos da internação e do Pronto Socorro.

A tabela 2 apresenta a configuração de leitos por especialidades em atividade até dezembro de 2009. O HRTN ainda dispõe de área física para ativar mais 24 leitos, mas não possui previsão orçamentária para garantir o custeio.

**TABELA 2**  
**NÚMERO DE LEITOS POR ESPECIALIDADE, HRTN, DEZ/2009**

<b>ESPECIALIDADE</b>	<b>NÚMERO DE LEITOS</b>
Clínica Médica	96
Clínica Cirúrgica	72
Cuidado Intensivo de Adulto	35
Leitos da Maternidade	26
Leitos de Cuidado Neonatal	5
Leitos em Pronto Socorro	85
<b>Total</b>	<b>319</b>

Fonte: HRTN/UFMG

Na tabela 3 e 4 pode ser observada a média de permanência e a média da taxa de ocupação por clínica. O total de internações no ano de 2009 foi de 17.388.

**TABELA 3**  
**EVOLUÇÃO DA TAXA MÉDIA DE PERMANÊNCIA, EM DIAS, HRTN 2006-2009**

<b>Especialidade</b>	<b>Jan- Mai/06</b>	<b>Jun- dez/06</b>	<b>Jan- Dez/07</b>	<b>Jan- Dez/08</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jun- jun/09</b>
Clínica Médica	11,3	13,5	11,5	12,0	13,4	13,7	12,7	13,7	13,5	14	13,4
Clínicas Cirúrgicas	-	-	5	6,1	7	5,8	7,2	5,3	5,9	6,6	6,3
CTI Adulto	8,3	9,1	7,5	7,3	7,5	5,7	7,8	7,1	8	7,1	7,2
Maternidade	-	-	2,2	2,2	2,3	2,1	2	2,4	2,2	2,1	2,2

Fonte:HRTN/UFMG

**TABELA 4**

**EVOLUÇÃO DA TAXA MÉDIA DE OCUPAÇÃO HRTN, JAN/2006 à JUN/2009**

<b>Especialidade</b>	<b>Jan- Mai/06</b>	<b>Jun- dez/06</b>	<b>Jan- Dez/07</b>	<b>Jan- Dez/08</b>	<b>Jan</b>	<b>Fev</b>	<b>Mar</b>	<b>Abr</b>	<b>Mai</b>	<b>Jun</b>	<b>Jan- jun/ 2009</b>
Clínica Médica	76	94,4	94,5	97,7	96,9	95,6	95,8	96,5	94,5	96,5	96
Clínicas Cirúrgicas	-	-	87	90,4	95,6	92,1	92,9	94,3	90,1	94,3	93,2
CTI Adulto	96	97,4	97,1	96,2	98,8	94,4	99,1	97,2	97,3	98,2	97,5
Maternidade	-	-	72,2	88,3	89,3	88,0	90,6	92,8	89,2	83,8	89

Fonte:HRTN/UFMG

Em relação à força de trabalho, o Hospital Risoleta Tolentino Neves possuía 483 funcionários em maio de 2006, sendo que, destes, apenas 25 eram servidores do Estado. Os demais possuíam contrato de trabalho temporário com a FHEMIG e se mantiveram no hospital com transferência de vínculo para a FUNDEP mediante contratação regida pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Até o mês de dezembro de 2009, o hospital possuía cerca de 1600 funcionários.

## **2.2 O processo de evolução do perfil assistencial**

O Hospital Risoleta Tolentino Neves adquiriu importância crescente no Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se como unidade de referência no atendimento dos pacientes vítimas de trauma, dos pacientes de média e alta complexidade em clínica médica, neurologia e doenças vasculares e na assistência materno-infantil para a população do eixo Norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte<sup>1</sup>. Tem como missão “desenvolver com eficácia, eficiência e resolutividade a assistência nas situações de urgência e emergência traumatológica e não traumatológica e, de forma articulada, as atividades de ensino e pesquisa com excelência técnica e relevância social no âmbito exclusivo do Sistema Único de Saúde”.

<sup>1</sup> HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Evolução do Modelo Assistencial de 2006 a 2009. Belo Horizonte, 2009. 12 p. Mimeogr.

A partir do segundo semestre de 2008, consolidou essa missão, tornando-se a principal instituição hospitalar para os encaminhamentos do SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, serviços de urgência dos Distritos Sanitários Norte, Venda Nova e Pampulha e municípios vizinhos, com acréscimo progressivo na realização dos atendimentos de urgência e internações. Em novembro de 2008, a implantação da classificação de risco a partir da utilização do Sistema de Triagem de Manchester ampliou o acesso da demanda espontânea, aumentando de forma significativa o número e a complexidade dos pacientes atendidos, principalmente nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Plástica e Pediatria. Esse processo será apresentado de forma particularizada no artigo 2.

É importante ressaltar também a complexidade observada nos pacientes assistidos pela Cirurgia Vascular e pela Neurologia, especialidades que funcionam como referência para as UPA's Norte, Venda Nova, Pampulha e para os municípios vizinhos.

No caso da Cirurgia Vascular, em 2009, foram avaliados 878 pacientes, sendo que 551 (63%) foram internados no HRTN com idade média de 64 anos e permanência de 11,5 dias. No ano de 2008, a Neurologia atendeu no Pronto Socorro um total de 5.081 pacientes, com uma média de 423 por mês e de 14 novos pacientes por dia, realizando 1.941 internações completas nas observações desta unidade com alta para domicílio ou óbito, verificando-se um tempo médio de internação de 5 dias. Entretanto, 1.592 pacientes mais graves foram internados nas enfermarias e CTI, com média de permanência de 31,5 dias, considerando-se o tempo total dos atendimentos realizados em todos os setores do HRTN. Os indicadores de avaliação evidenciam resultados significativos de melhora dos pacientes atendidos com taxa de alta para o domicílio de 83%. No caso do CTI, é importante ressaltar a queda na taxa de mortalidade institucional de 45% em 2006 para 25% em 2008, após o desenvolvimento de um amplo processo de reorganização da unidade, caracterizado pela organização do cuidado com equipe médica e de enfermagem diarista (horizontalização da assistência), abordagem terapêutica pela estratificação de risco, melhoria da qualidade dos equipamentos de monitorização e adequação da área física.

Em decorrência do aumento observado na demanda e na gravidade da clientela do HRTN, em diversas especialidades, realizou-se uma reestruturação do Pronto Socorro e das unidades de internação com recomposição das equipes interdisciplinares e do trabalho desenvolvido, além da adequação dos fluxos com mudanças na utilização da área física existente, visando minimizar a cotidiana superlotação das salas de observação e corredores.

Apesar das iniciativas institucionais de racionalização dos recursos existentes e de otimização da capacidade instalada com desenvolvimento de estratégias de revisão e de adequação dos processos de trabalho na área assistencial e de apoio técnico e administrativo, a ampliação dos serviços assistenciais e sua maior complexidade geraram a necessidade da contratação de novos profissionais no ano de 2008, ampliação da compra dos insumos hospitalares e maiores despesas em alguns contratos de serviços. Houve recomposição das equipes médicas, de enfermagem, de radiologia e de algumas das áreas de apoio técnico e administrativo, observando-se também um acréscimo nos insumos necessários para a realização do cuidado aos pacientes atendidos, o que provocou um custo adicional importante com recursos humanos, materiais médico-hospitalares e medicamentos, além de serviços de terceiros, como as despesas relacionadas ao apoio diagnóstico laboratorial.

### **2.3 O Serviço de Urgência e Emergência - Pronto Socorro**

O serviço de urgência do Hospital Risoleta Tolentino Neves, denominado aqui Pronto Socorro, tinha, até dezembro de 2006, seu atendimento restrito à clínica médica, ortopedia, pediatria e clínica cirúrgica, sem atendimento ao trauma e procedimentos cirúrgicos. A área física não era totalmente ocupada, com salas de observação fechadas, apesar da existência de um número importante de pacientes no corredor principal. O trabalho médico mostrava-se desorganizado, com escalas incompletas, indefinição das responsabilidades médicas, deficiência na qualificação profissional, deficiências no apoio diagnóstico – especialmente na área de imagem –, falta de fluxos estabelecidos com as unidades de internação e falta de controle de dispensação de material e medicamentos. A reestruturação do Pronto Socorro incluiu revisão do processo de trabalho com definição dos fluxos e rotinas, ampliação do



número de leitos de observação e reorganização da sala de atendimento às emergências, o que levou a uma melhor organização espacial, apesar de a área disponível ser insuficiente e inadequada para o crescente aumento do volume e da complexidade da demanda. Como principais problemas destacam-se: ventilação e iluminação inadequadas, fluxos inadequados, áreas de higienização insuficientes para os pacientes e acompanhantes, o que dificulta a reestruturação dos ambientes e redefinição dos processos de trabalho segundo as normas da Vigilância Sanitária e a lógica da classificação de risco.

A partir da ativação do Bloco Cirúrgico, ocorreu a abertura do atendimento ao trauma e aos casos cirúrgicos não traumatológicos abordados pela Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica, gerando uma variedade de perfis de pacientes para assistência no HRTN.

Como parte do processo de reestruturação para qualificação da assistência no Pronto Socorro e sua continuidade nas unidades de internação, destacou-se a horizontalização do cuidado através da constituição de equipes compostas por médicos clínicos e cirurgiões com jornada diária para atuação nas observações do Pronto Socorro e enfermarias. Por outro lado, com o objetivo de consolidar institucionalmente a Linha do Cuidado Intensivo através de uma assistência que fosse pertinente a este perfil de pacientes, independentemente de se encontrarem ou não no CTI, a Sala de Pacientes Críticos localizada no Pronto Socorro foi totalmente reestruturada, ficando sob a coordenação da equipe do CTI, com adoção de protocolos únicos.

O número médio de atendimentos no Pronto Socorro durante o ano de 2007 foi de 10.307 atendimentos mensais, incluindo os atendimentos ambulatoriais. Destes, 5.014 foram da ortopedia, o que demonstra o grande volume de demandas da especialidade. No período de janeiro a outubro de 2008, antes da implantação da classificação de risco, foram atendidos, em média, mensalmente, 7.574 pacientes, excluídos os atendimentos ambulatoriais que passaram a ser realizados em área específica. De novembro/08 até junho/2009, a média mensal passou para 9118 atendimentos. O detalhamento desses dados será apresentado adiante.

### 2.3.1 Importância do HRTN na Assistência de Urgência

Apesar de apresentar um número de leitos menor em relação a diversos prestadores hospitalares da cidade, o HRTN (319 leitos) é uma das principais unidades responsável por grande número de internações globais em 2008 (Tabela 6) e de urgência no primeiro semestre de 2009 (Tabela 7), somente superado pela Santa Casa que possui 771 leitos.

**TABELA 6**  
**DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR PRESTADOR, BH, 2008**

Hospital	Leitos	Nº AIH	% em BH
Santa Casa	771	23.627	11,7
Hospital Risoleta Tolentino Neves	319	17.698	8,7
Hospital Municipal Odilon Behrens	413	17.065	8,4
Hospital das Clínicas da UFMG	443	16.748	8,2
Hospital João XXIII	613	14.611	7,2
Hospital Sofia Feldman	201	12.266	6,1
Outros	3.511	100.464	49,6
<b>Total</b>	<b>6.275</b>	<b>202.479</b>	<b>100</b>

Fonte: RDBH/SUS-BH

**TABELA 7**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA POR PRESTADOR, BH, 2009**

Hospital	Número de Laudos	%
Santa Casa (771 leitos)	10649	12,1
Hospital Risoleta Tolentino Neves (319 leitos)	8903	10,2
Hospital Municipal Odilon Behrens (413 leitos)	7679	8,8
Hospital das Clínicas da UFMG (443 leitos)	7326	8,4
Hospital Sofia Feldman	7221	8,2
Hospital e Anexo João XXIII	6122	7
Hospital Júlia Kubitscheck	4514	5,1
Outros	35237	40,2
<b>TOTAL</b>	<b>87651</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema Central de Internação/SMSA-BH

A importância que o HRTN adquiriu ao longo dos três anos de sua ativação pela UFMG no atendimento ortopédico de urgência em Belo Horizonte e municípios da Região Metropolitana, diferencia-se não só pelo número de pacientes assistidos, mas também pela gravidade dos casos e pelo modelo de cuidado implantado. No primeiro semestre de 2009, o Hospital Risoleta Tolentino Neves emitiu 19% dos laudos de urgência nesta especialidade, sendo superado apenas por um outro prestador caracterizado exclusivamente pela realização de procedimentos de média complexidade (Tabela 8). Em março de 2009, o HRTN foi habilitado para a alta complexidade em Traumatologia-ortopedia para coluna, cintura pélvica, quadril e coxa, joelho e perna (Portaria SAS número 29 de 09/02/09). Entretanto, desde junho de 2006, o HRTN já realizava o cuidado integral para os pacientes com trauma ortopédico, garantindo diferentemente dos demais prestadores todos os procedimentos e tempos cirúrgicos necessários para o tratamento completo dos doentes, incluindo o acompanhamento dos egressos deste perfil no seu Ambulatório. Para isso, as equipes possuem profissionais de sub-especialidades e são disponibilizadas órteses e próteses necessárias para a reabilitação dos usuários.

**TABELA 8**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA EM**  
**ORTOPEDIA POR PRESTADOR, BH, 2009**

<b>Hospital</b>	<b>Nº de Laudos de Urgência</b>	<b>% em BH</b>
Hospital SOS	2.070	21,3
Hospital Risoleta Tolentino Neves	1.842	19
Hospital e Anexo João XXIII	1.639	16,9
Hospital São Bento	1.133	11,7
Hospital Santana	990	10,2
Hospital Amélia Lins	713	7,3
Outros	1.329	13,6
<b>Total</b>	<b>9.716</b>	<b>100</b>

Fonte: Sistema Central de Internação/SMSA-BH

O HRTN destacou-se no primeiro semestre de 2009 como o principal prestador de Belo Horizonte na assistência de urgência em Clínica Médica, especialidade de maior demanda reprimida na Região Metropolitana de BH, responsabilizando-se por 21% dos laudos de internação, além de participar de maneira fundamental no cuidado dos pacientes portadores de vasculopatias, especialmente as arteriais agudas e que anteriormente se acumulavam nas Unidades de Pronto Atendimento com piora progressiva e risco de óbito. No primeiro semestre de 2009, o Hospital Risoleta Tolentino Neves foi, juntamente com o Hospital Municipal Odilon Behrens, responsável por 60% dos laudos desta clínica no município.

Como já mencionado, um dos grandes desafios abordados na implantação do modelo assistencial do HRTN, baseado nas linhas de cuidado, foi a organização institucional para garantir a atenção adequada ao paciente crítico, tanto no Pronto Socorro como no CTI. O HRTN possui 35 leitos de cuidado intensivo, cujo perfil de pacientes é majoritariamente de perfil clínico e de politraumatizados. No primeiro semestre de 2009, o HRTN apresentou o segundo maior número de diárias de UTI de adulto, somente superado pelo Hospital João XXIII que possui 94 leitos, como demonstrado na tabela 9.

**TABELA 9**

<b>DISTRIBUIÇÃO DAS DIÁRIAS DE CTI ADULTO POR PRESTADOR, BH, 2009</b>					
<b>Hospital</b>	<b>Leitos de UTI</b>	<b>UTI adulto II</b>	<b>UTI adulto III</b>	<b>Total de diárias</b>	<b>%</b>
Hospital João XXIII	94	8.502	0	8.502	30,9
Hospital Risoleta Tolentino Neves	35	3.450	0	3.450	12,6
Hospital Municipal Odilon Behrens	34	2.580	0	2.580	9,4
Santa Casa	29	0	2.026	2.026	7,4
Hospital Júlia Kubitscheck	21	1.750	0	1.750	6,4
Outros	180	9172	0	9172	33,3
<b>Total</b>	<b>393</b>	<b>25.454</b>	<b>2.026</b>	<b>27.480</b>	<b>100</b>

Fonte: Gerência de Regulação/SMSA

No cenário atual da rede de urgência da Região Metropolitana de Belo Horizonte, o Hospital Risoleta Tolentino Neves se apresenta como uma das principais unidades de assistência aos pacientes clínicos e cirúrgicos de média e alta complexidade. No caso do cuidado materno-infantil, desenvolve uma atenção voltada para gestantes e recém-nascidos de risco habitual e médio risco, realizando uma média de 1500 consultas de urgência em obstetrícia e de 280 partos por mês, atuando como referência especialmente para o Distrito Sanitário de Venda Nova e municípios vizinhos.

#### **2.4 O Modelo Assistencial e de Gestão do HRTN**

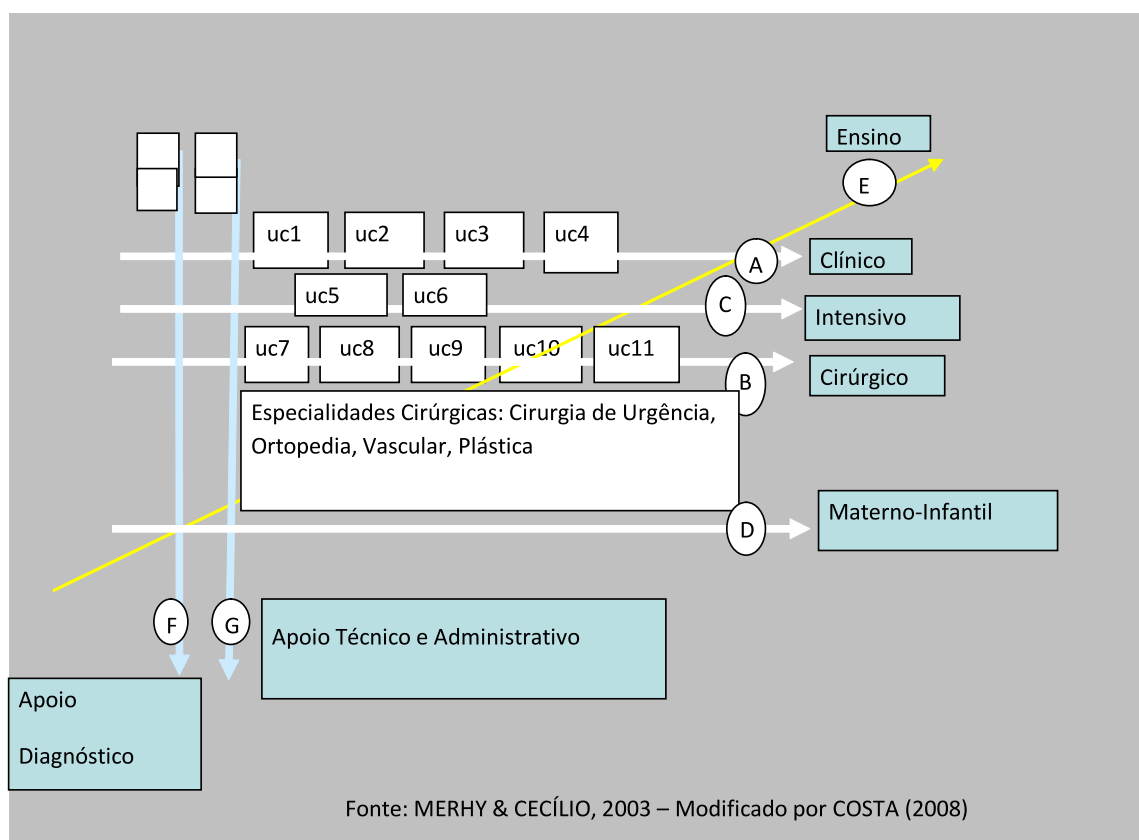
O HRTN buscou alternativas às formas tradicionais de organização do processo de trabalho, entendendo que a integralidade é resultante do modo como se articulam e se realizam as práticas dos trabalhadores da instituição e sua integração com as outras estações da rede. Nesse sentido, a organização em linhas de cuidado é facilitadora para coordenar adequadamente o conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atos cuidadores individuais, possibilitando a produção do cuidado na perspectiva da integralidade, construída pela ação de diversos profissionais a partir das necessidades dos usuários, e não como resultante de somatórios de procedimentos parcelares.

O modelo proposto se fundamentou nos princípios da universalidade de acesso, da equidade conforme perfil de necessidades do usuário e da integralidade da assistência, buscando uma articulação com a rede de serviços dos Distritos Sanitários e municípios vizinhos. O HRTN apresenta-se como estação cuidadora inserida na rede e responsável pela assistência aos pacientes de urgência clínica e cirúrgica traumatológica e não traumatológica. Participa de forma negociada da composição das linhas de cuidado desses perfis de risco em Belo Horizonte e municípios vizinhos, principalmente Ribeirão das Neves, Vespasiano e Santa Luzia.

A partir do processo de ativação do hospital, iniciou-se também a implantação do modelo de gestão com reorganização dos processos de trabalho a partir da constituição sistemática das linhas de cuidado como o elemento ordenador do modelo assistencial e das estruturas de

coordenação do HRTN. Adaptando um arranjo original proposto por Merhy e Cecílio (2003)<sup>2</sup> à realidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves, o esquema abaixo, desenvolvido por COSTA (2008), é representativo do modelo gerencial e assistencial:

**Fluxograma 1- Representação do Modelo de Desenvolvimento Institucional Baseado em Linhas de Cuidado, HRTN, outubro de 2009**



<sup>2</sup> CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.

## Quadro I- Linhas de Cuidado, HRTN, 2008

<p><b>A: Linha de Cuidado Clínico:</b> composta pelas unidades de cuidado do Pronto Socorro (incluindo pediatria), Enfermarias e articulação com a rede, não existindo organização por serviços de especialidades que funcionam na lógica de interconsultores.</p>
<p><b>B: Linha de Cuidado Cirúrgico:</b> segue um modelo misto, constituído por unidades de cuidado e especialidades em Urgência Traumatológica e Cirúrgica Não Traumatológica, além de incluir adultos e crianças. Composta pelas unidades de cuidado do Pronto Socorro, Bloco Cirúrgico, Enfermarias, Ambulatório de Egressos e articulação com a rede. As especialidades cirúrgicas atualmente são ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia geral, cirurgia plástica e neurocirurgia.</p>
<p><b>C: Linha do Cuidado Intensivo:</b> composta pelo CTI e sala de paciente crítico do Pronto Socorro e articulação com a rede.</p>
<p><b>D: Linha do Cuidado Materno-Infantil:</b> composta pela Maternidade e Unidade Neonatal e articulação com a rede.</p>
<p><b>E: Linha de Ensino e Pesquisa:</b> atravessa as linhas de Cuidado, Linha de Apoio Diagnóstico, Linha de Apoio Técnico e Administrativo e articula com a rede.</p>
<p><b>F: Linha de Apoio Diagnóstico</b> (Laboratório, Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Ecografia, Endoscopia) e articulação com a rede.</p>
<p><b>G: Linha de Apoio Técnico e Administrativo</b> (Recursos Humanos, Financeiro, Material e Medicamentos, Infra-estrutura, Central de Esterilização, Nutrição) e articulação com a rede.</p>

Fonte: MERHY e CECÍLIO, 2003 – Modificado por COSTA, 2008

Tal modelo<sup>3</sup> segue um referencial teórico importante para qualificar o processo de planejamento e de desenvolvimento das atividades de assistência, de ensino e de suporte técnico e administrativo, potencializando e articulando as ações do Hospital Risoleta Tolentino Neves internamente e na sua inserção na rede.

Transversalizando as Linhas de Cuidado, estão a Linha de Apoio Diagnóstico, Linha de Apoio Técnico e Administrativo e a Linha de Ensino e Pesquisa. Inicialmente foram constituídas duas linhas de cuidado – a Linha de Cuidado Clínico e a Linha de Cuidado Cirúrgico – compostas, internamente, cada uma pelas respectivas Unidades de Cuidado (UC) e externamente pela articulação com outros serviços da rede, através de fluxos interinstitucionais regulares e negociados. Posteriormente foram organizadas as duas outras linhas de cuidado – a Linha do Cuidado Intensivo e a Linha do Cuidado Materno-infantil – vinculadas ao processo de reorganização da assistência aos pacientes criticamente enfermos e a abertura da Maternidade, respectivamente.

Como estrutura de Coordenação da Linha do Cuidado, definiu-se por uma dupla de profissionais composta por um médico e um enfermeiro, responsáveis principais pela articulação do trabalho dos profissionais das equipes assistenciais e das linhas de apoio diagnóstico e de apoio técnico-administrativo em torno dos princípios gerais e específicos ordenadores do modelo assistencial, desenvolvendo ações de natureza técnica e gerencial. Tais coordenações, juntamente com o Coordenador do Núcleo de Ensino e Pesquisa, Diretoria Técnica Assistencial e Coordenadores das Especialidades, participam do processo decisório institucional, incluindo a definição, implantação e acompanhamento do modelo de ensino do HRTN. As especialidades integrantes da Linha de Cuidado Cirúrgico são coordenadas por um especialista que se constitui em referência técnica na área e é o responsável principal pela articulação do trabalho dos especialistas com os demais profissionais das equipes assistenciais,

---

<sup>3</sup> COSTA, M.A. A Constituição de Linhas de Cuidado – uma Proposta de Modelo Assistencial para o HRTN. Belo Horizonte, 2008. 15 p. Mimeogr.



das linhas de apoio diagnóstico e de apoio técnico-administrativo, desenvolvendo ações articuladas com os coordenadores da linha do cuidado.

Pela complexidade da assistência realizada no Pronto Socorro, caracterizada por grande volume de pacientes de diferentes perfis clínicos e cirúrgicos, com movimentação frequente entre os diversos setores de atendimento, definiu-se por uma coordenação médica e de enfermagem que atuam diretamente no processo de organização e acompanhamento do trabalho da unidade. A coordenação de enfermagem, assim como as demais, desenvolve ações de natureza técnica e gerencial para promover maior articulação entre as unidades de cuidado, mantendo interlocuções regulares e sistemáticas com os outros enfermeiros coordenadores. As linhas de Ensino e Pesquisa, Apoio Diagnóstico e de Apoio Técnico e Administrativo compõem o eixo vertical e se apresentam como espaços de gestão e produção de todos os insumos necessários para garantir o cumprimento da missão institucional.

#### **2.4.1 Estratégias adotadas para alcançar a integralidade e a qualificação do cuidado**

- **Horizontalização das escalas de trabalho**

As formas tradicionais de organizar o trabalho em saúde, a partir da lógica das profissões e da verticalização das escalas dos profissionais, principalmente médicos, têm se mostrado insuficientes para dar conta da necessária integralidade do cuidado no hospital. Exige-se, portanto, desenvolver mecanismos e dispositivos de coordenação no hospital para que a gestão do cuidado se faça pelo acompanhamento diário e sistemático realizado por profissionais que se responsabilizam tecnicamente pela assistência ao paciente. A horizontalização das escalas de trabalho, termo utilizado para designar a distribuição da carga horária de trabalho, com jornadas diárias de médicos e enfermeiros, garante o acompanhamento dos casos que ficam no Pronto Socorro, nas enfermarias e no CTI. Possibilita o desenvolvimento de um processo de trabalho com monitoramento das diversas etapas da assistência e do tempo de resposta para cada atividade, como aquele gasto para a realização dos exames complementares, entre a solicitação e realização de interconsulta, totalizando uma média de permanência do paciente na instituição. A inserção horizontalizada do profissional favorece a tomada de decisão de

acordo com as necessidades dos usuários, pressupondo uma mudança da lógica organizacional, de cultura e de remuneração.

O Hospital Risoleta Tolentino Neves iniciou a horizontalização nas enfermarias de Clínica Médica e das Clínicas Cirúrgicas com escala de médicos com 40 horas semanais, sendo 30 horas durante a semana e o restante em escala de revezamento para cobertura nos finais de semana. Apesar dos avanços observados, evidenciava-se uma dificuldade em relação ao acompanhamento médico nas observações do Pronto Socorro realizado através de plantonistas. Implantou-se, então, o médico horizontal para cuidar dos pacientes internados no Pronto Socorro, mas a grande qualificação da assistência ocorreu com a unificação das equipes de horizontais para as enfermarias e Pronto Socorro.

De maneira similar, a organização do trabalho médico no CTI e na Sala de Paciente Crítico do Pronto Socorro era feita através do plantonista de 12 horas. A partir de 2008 com a criação da Linha de Cuidado Intensivo, ocorreu também a reestruturação da assistência, modificando a escala de plantonistas para horizontais no período diurno, favorecendo a responsabilização pelo cuidado do paciente crítico. A taxa de mortalidade institucional passou de 45% em 2006, para 25% em 2008.

Tais mudanças configuraram um novo modelo organizacional, de inserção e de envolvimento dos profissionais com os pacientes e com a instituição, possibilitando uma significativa qualificação do cuidado com maior agilidade na definição do diagnóstico, redução do número de exames laboratoriais com redução da média de permanência.

- **Controle do Tempo de Permanência**

Cada clínica possui um perfil de atendimento característico, permitindo a identificação das patologias mais frequentes como primeiro diagnóstico de internação. A equipe médica, baseada na série histórica do serviço e em dados da literatura, definiu a média de permanência desejável para cada patologia em condições ideais considerando a equipe completa, suficiência/adequação em relação a medicamentos, apoio diagnóstico, interconsultas de especialidades, existência de cuidadores domiciliares. A partir dessas definições, as médias de

permanência por área e especialidade passaram a ser acompanhadas sistematicamente com discussão de manejo clínico e estratégias de desospitalização.

- **Participação da Rede Social do Paciente no Processo de Tratamento**

A participação do familiar é parte importante no processo de recuperação e cura do paciente. A internação hospitalar é sempre uma situação de tensão e preocupação para a família. O hospital ampliou seu horário de visitas, que se reduzia a 1 hora, para 8 horas consecutivas. Esta ampliação permitiu maior acesso da rede social do paciente e de seus familiares ao HRTN, favorecendo o acompanhamento e participação no processo de tratamento. Reduziu também o isolamento, a angústia e o sofrimento causados pela hospitalização. Além do direito garantido da presença do acompanhante para os casos previstos em lei, este benefício também é assegurado para situações definidas pela equipe. Na Maternidade, a parturiente conta com o apoio das doulas durante todo seu processo de parto e nascimento e a família participa ativamente deste momento com autorização de visita de crianças sem limite de idade.

- **Criação de Fóruns de Discussão Clínica e de Resultados**

Como forma de ampliar o conhecimento, divulgar a informação e, particularmente, de buscar a melhoria da assistência, o HRTN implantou reuniões clínicas dos diferentes serviços. Para viabilizar a participação médica, a carga horária mensal prevê um percentual para esta atividade. Além dos temas específicos sobre doenças e condições de risco, são também discutidos os indicadores de qualidade e de desempenho das unidades. Os resultados podem ser observados através da maior integração da equipe, maior domínio de tecnologias de tratamento e maior capacidade resolutiva. Além deste fórum interno, há também as discussões com os Distritos Sanitários, particularmente o Distrito Venda Nova, sobre os problemas relacionados ao cuidado prestado ao usuário, seja este realizado na rede de atenção primária, secundária ou no HRTN.

- **Mecanismos de Controle e Acompanhamento Externo**

A gestão do hospital é acompanhada por duas instâncias formais. Uma delas é o Conselho de Usuários da instituição, constituído formalmente conforme legislação e que se reúne regularmente - uma vez ao mês - com pauta definida pelo próprio conselho ou demandada pela

diretoria do hospital. Uma outra instância é a Comissão Permanente de Acompanhamento do Convênio SES/FUNDEP/UFGM, composta por representantes do município, do Estado e do HRTN. Esta comissão avalia os resultados dos indicadores definidos no termo de convênio, a prestação de contas dos recursos disponibilizados e a oferta de serviços à população e sua integração no Sistema de Saúde. Por questões internas da Secretaria de Estado da Saúde, esta comissão não manteve agenda em 2009, sendo o convênio acompanhado diretamente pela equipe técnica da SES/MG.

- **Mecanismos de descentralização da gestão**

Dentre as características do modelo de gestão do hospital, a descentralização administrativa e gerencial é uma importante conquista. O HRTN possui formalmente dois fóruns de decisão. O primeiro implantado foi o Colegiado de Direção, composto por todos os coordenadores de linha do cuidado assistenciais, de apoio, administrativo financeiro, ensino e pesquisa e responsáveis técnicos das profissões, assessoria da direção e diretoria. O colegiado se reúne duas vezes por mês, sistematicamente, com o objetivo de discutir e definir as questões que afetam o hospital como um todo. O outro fórum é o de gestão clínica, com a presença de todos os coordenadores de linha assistencial, de apoio diagnóstico e dos coordenadores de especialidades para discussão das questões relativas à gestão do cuidado.

- **Prontuário eletrônico único por paciente**

O hospital iniciou o processo de informatização com a implantação do prontuário eletrônico em junho de 2007, com a característica de ser um instrumento de gestão da clínica com registro e acesso de todos os profissionais da equipe multiprofissional.

## **2.5 Importância do HRTN na Formação Profissional**

O modelo de ensino do Hospital Risoleta Tolentino Neves foi amplamente discutido com as unidades acadêmicas da Universidade Federal de Minas Gerais e sua implantação ocorreu a partir do modelo assistencial baseado em linha de cuidado. Buscou-se propiciar um campo de prática que pudesse favorecer uma formação qualificada aos alunos, centrada no princípio de que a assistência e o ensino são indissociáveis e interdependentes. O compromisso social,

expresso na missão institucional do HRTN, é orientador do modelo que tem no território do cuidado o seu lugar de efetivação.

Os alunos são inseridos nas atividades da instituição segundo a lógica de constituição e organização das linhas de cuidado, e os docentes participam ativamente do processo de produção da assistência, responsabilizando-se pelo atendimento aos pacientes. Por outro lado, nas atuações de todos os profissionais do HRTN estão incluídas as atividades de ensino, o que contribui formalmente para o processo de formação dos alunos de graduação e médicos residentes.

O Hospital Risoleta Tolentino Neves recebeu a visita dos certificadores do Ministério da Saúde e da Educação, nos dias 7 e 8 de outubro de 2008, e foi certificado como Hospital de Ensino do SUS em 07 de maio de 2009, através da portaria interministerial MS/MEC nº 930. A certificação foi concedida sem pendências, o que demonstrou a qualidade e a adequação quanto aos requisitos exigidos.

O HRTN é um campo privilegiado para ampliação e qualificação das atividades de ensino e pesquisa, especialmente relacionadas à assistência de urgência e emergência traumatológica e não traumatológica em adultos e crianças, possibilitando a inserção de residentes, alunos e docentes de diversas unidades acadêmicas. As novas bases conceituais e metodológicas dos projetos de reformulação curricular do Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAUDE), subsidiados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação e em curso na UFMG, foram norteadoras para a organização das atividades de ensino-aprendizagem.

A importância do HRTN na formação profissional pode ser demonstrada pelo número de alunos de diversas categorias profissionais e das várias unidades acadêmicas que estagiaram na instituição. No período de janeiro-outubro de 2009, 834 alunos de Medicina fizeram estágio curricular no HRTN, como parte integrante do internato de Urgência, Clínica Médica, Cirurgia, Obstetrícia e Neonatologia. Além destes, 222 alunos de enfermagem, 84 de

Fisioterapia, 82 de Farmácia, 69 de Nutrição, 29 de Psicologia, 22 de Fonoaudiologia e 3 de Odontologia, totalizando 1345 alunos de estágio curricular. Em relação aos alunos em atividade de estágio extracurricular, são 38 de Medicina, 4 de Enfermagem e 2 de Psicologia, totalizando 44 alunos. Os cursos de Terapia Ocupacional e Nutrição têm 25 alunos em atividade de extensão no Hospital.

Para a inserção de médicos residentes, optou-se pela não implantação de programa próprio, mas da constituição de campo de estágio para os pós-graduandos do Hospital das Clínicas da UFMG. Todos os programas foram reorganizados para realizar as atividades no HRTN. Ao todo, são 52 residentes dos programas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia/obstetrícia, Ortopedia, Medicina de Família, Cirurgia Vascular, Neurologia, Buco-maxilo-facial, Terapia Intensiva e Medicina do Trabalho

Além dos residentes da UFMG, nove residentes de outras instituições fazem estágio em convênio com o hospital, totalizando 61 residentes.

Outras áreas como curso Técnico de Enfermagem, Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica, dentre outras, realizam atividades curriculares no HRTN, alcançando um total de 1860 alunos atendidos entre janeiro e outubro de 2009.

Na produção científica, destaca-se o número de 70 projetos de pesquisas cadastrados entre agosto de 2006 e dezembro de 2009, sendo eles de especialização, mestrado, doutorado e estudos clínicos.

O que foi apresentado aqui sobre o Hospital Risoleta Tolentino Neves é resultado de um modelo de gestão que norteia e define todo seu processo de organização interna e o seu modo de organização em rede. É um hospital que se constituiu a partir das necessidades do usuário e dos princípios de integralidade, gestão descentralizada e participativa, no entendimento de que o cuidado só se concretiza em rede, sendo transformado permanentemente pelas demandas do Sistema de Saúde.

Os avanços obtidos na gestão do Hospital Risoleta Tolentino Neves demonstram como é levada com radicalidade essa inserção e participação no SUS. Os princípios, diretrizes e estratégias dos modelos de gestão, assistencial e de ensino traduzem o pensamento e a militância de um grupo com forte identidade ideológica em defesa de uma política de saúde pública voltada para a defesa da vida individual e coletiva, com todas as repercussões de tal decisão sobre a relação entre seus gastos e o orçamento previsto. Por isso, convive, também, permanentemente, com a tensão causada pelo paradoxo da equidade e universalidade *versus* sustentabilidade.

A constituição das equipes de trabalho foi centrada na adesão a estes princípios que fazem do HRTN uma instituição viva, aberta às idéias inovadoras que resultem em melhorias para os usuários e trabalhadores, com grande capacidade de experimentação de novas formas de gerir e produzir o cuidado. Busca, através do modelo de Linha do Cuidado, não só a integralidade, mas a democratização e publicização dos espaços de gestão, com a lógica de horizontalização da estrutura e compartilhamento das decisões e do processo de responsabilização das diversas instâncias e atores organizacionais.

Ainda assim, são muitos os desafios a serem vencidos, particularmente em relação à construção e consolidação de um território do cuidado na região Norte da cidade e região metropolitana com desenvolvimento de estratégias para maior articulação entre os diversos serviços da rede regional, buscando assegurar concretamente a integralidade e a resolutividade do cuidado para os usuários, com aprimoramento do processo de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde.

**CAPÍTULO 3**  
**METODOLOGIA**



### 3.1. A Escolha do Método

A modalidade de pesquisa escolhida para o estudo foi o de uma pesquisa qualitativa. A escolha do método de acesso ao campo partiu da idéia de que:

*Um método se justifica e se estabelece à medida que, por seu intermédio, obtem-se a aproximação de um objeto através da iluminação de um ou alguns de seus aspectos, aproximação essa que viabiliza uma melhor apreensão da realidade estudada, produzindo inclusive um conhecimento capaz de transformá-la. (MINAYO e SANCHES, 1993)<sup>1</sup>*

A pesquisa qualitativa tem como principal recurso de investigação a fala e a linguagem da comunicação. O pesquisador, nesse tipo de pesquisa, ocupa-se, inclusive pelo não dito, buscando uma melhor compreensão dos significados subjetivos implícitos no universo dos atores sociais. A exploração de tal recurso só é possível se se estabelece uma interação<sup>2</sup> entre o pesquisador e o objeto, referenciada a uma determinada prática, condição essa contraditória ao que é preconizado pela pesquisa quantitativa, em particular a separação sujeito-objeto e a pretensão de “objetividade” do conhecimento produzido.

Na tradição da Saúde Coletiva brasileira, pode-se dizer que os estudos qualitativos são altamente devedores das formulações de Max Weber, que afirma que o caráter definidor da ação social é o seu sentido e que não basta a compreensão do significado da ação humana, mas a descrição dos comportamentos subjetivos dos atores que dela participam. As realidades sociais são construídas nos significados da ação humana e através deles, só podendo ser identificadas na linguagem significativa da interação social. (MINAYO, 2000, p.50-51)<sup>3</sup>. A sociologia compreensiva weberiana privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, mostrando como são exatamente os

---

<sup>1</sup> MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v .9, n. 3, p.239-262, 1993.

<sup>2</sup> Define-se interação como uma ordem negociada, temporária, frágil, que deve ser permanentemente reconstruída a fim de interpretar o mundo. COULON, A. *Etnometodologia*. Petrópolis: Vozes, 1995. p.16.

<sup>3</sup> MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento (pesquisa qualitativa em saúde)*. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.

significados e a intencionalidade que distinguem os fenômenos sociais dos fenômenos naturais.

Duas correntes de pensamento que inspiraram o campo qualitativo foram influenciadas por Max Weber: a fenomenologia sociológica e a etnometodologia<sup>4</sup>. Alfred Schutz foi o autor mais representativo do pensamento fenomenológico e, no campo da saúde, foi a sua teoria que mais influenciou na abordagem da realidade social. Harold Garfinkel estabeleceu o quadro conceitual e as bases metodológicas da etnometodologia que, assim como a fenomenologia, também exerceu sua influência. Essas duas correntes, que privilegiam estudos empíricos e, guardadas as particularidades de cada uma, são chamadas de “sociologias da vida cotidiana” provocaram no interior da sociologia a polêmica sobre os métodos, as técnicas e os critérios de validação do conhecimento. Enfatizam a subjetividade ao invés de atribuir-lhe a impossibilidade de construção do científico, valorizando-a, pois acreditam que a realidade social vai além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos. A realidade social é constantemente criada pelos atores, não é um dado pré-existente.<sup>5</sup>

A pesquisa etnográfica se organiza em torno da idéia de que todos nós somos “sociólogos em estado prático”<sup>6</sup>, ou seja, a realidade já se encontra descrita pelas pessoas e, ao mesmo tempo, constituída, através da linguagem comum. A linguagem ocupa lugar central à medida que não há conhecimento sociológico que não passe através dela, que é sempre uma linguagem situada, culturalizada, de gênero, étnica, ligada a situações, tempos e lugares específicos.

Toma a vida cotidiana como espaço importante no qual os sujeitos constroem o sentido do seu agir e no qual experimentam as oportunidades e os limites para a ação, sempre produzida através das relações que se estabelecem.

---

<sup>4</sup> COOPER,S.; ENDACOTT, R.; CHAPMAN, Y. Qualitative research: specific designs for qualitative research in emergency care? *Emergency Medicine Journal*, Londres, 2009; 26: 773-76.

<sup>5</sup> COULON, A., *Etnometodologia*. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31.

<sup>6</sup> Id, p.7.

Na investigação etnográfica, a observação participante é uma técnica fundamental onde o observador colabora para constituir a realidade que ele descreve. Tem como objetivo o conhecimento da realidade e caracteriza-se por um processo progressivo de interação entre observador e observado. A convivência prolongada com as pessoas dá ao pesquisador a oportunidade de obter os dados necessários ao seu estudo por meio da observação direta e também de outras fontes como a entrevista etnográfica, estudos dos documentos oficiais e pessoais. Exige, dessa forma, uma negociação do acesso, uma vez que a intenção é mergulhar na intimidade, no cotidiano do serviço, numa perspectiva de aproximação gradativa e constante, para adquirir familiaridade e ser aceito como se fosse um membro do grupo, ou seja, aquele que convive numa situação, constrói relacionamentos, adquire conhecimento e confiança. O acesso aqui é entendido não só como a permissão formal da entrada ao campo, mas também o momento em que é aceito como membro, pelo grupo. Por isso, o acesso tem que ser permanentemente construído e negociado.

Dentre as características da observação participante, é importante apresentar o que diferencia o papel do observador participante externo do participante interno.

O observador externo obtém o acesso ao campo, insere-se no grupo e adquire, de forma conquistada, a condição de ator. Desenvolve sua observação como pesquisador habitual que, ao final de um período, encerra sua pesquisa e se retira para produzir o relato da experiência vivida. O observador interno é, ao contrário, ator pertencente àquela instituição ou ao grupo que pretende estudar e, portanto, tem que se esforçar para adquirir o lugar de pesquisador e ser reconhecido como pesquisador, embora ele seja também objeto da investigação e sujeito da ação. O que está sendo interrogado é ao mesmo tempo produto da sua própria ação. Nesse sentido, o ato de “pesquisar” mexe com suas concepções e significações, produzindo uma reflexão imediata sobre seu agir, possibilitando ressignificar os sentidos de sua prática<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. IN: FRANCO, T.B. *Acolher Chapecó: uma Experiência de Mudança do Modelo Assistencial com base no processo de trabalho*. Hucitec, 2004. p. 21-45

Como será visto no correr do estudo, é possível identificar vários elementos conceituais da etnometodologia na presente investigação, em particular o forte componente de observação participante, a ênfase nos elementos da vida cotidiana dos atores e a busca dos sentidos que os trabalhadores envolvidos no atendimento de urgência e emergência do HRTN dão ao processo de implantação do Sistema de Triagem Manchester. Pela minha inserção como pesquisadora na instituição e o marcado protagonismo na implantação da classificação de risco – Sistema de Triagem de Manchester, é possível dizer que se trata de uma inserção tipicamente de observador participante interno, com todas as consequências, positivas e negativas, de tal fato. Entre as primeiras, a facilidade de acesso ao campo e a familiaridade com o objeto em estudo. Como dificuldades, o desafio de ocupar o “lugar de pesquisador”, conseguindo algum grau de “distanciamento” do objeto, em particular pelo fato de ser parte do próprio objeto estudado.

Por tudo isso é que se assumiu, no estudo, o pesquisador como sujeito epistêmico e desejante, altamente implicado com a situação estudada. Conforme Adler e Adler<sup>8</sup> (*apud* Lapassade, 2005:72)<sup>9</sup>, a implicação se apresenta como periférica, ativa e completa. A periférica considera como necessário certo afastamento para não comprometer a análise. A implicação do pesquisador com a situação é apenas o suficiente para ser considerado como membro, mas não assume papel importante no campo estudado. Na implicação ativa, o pesquisador se movimenta no sentido de buscar um papel importante no grupo ou na instituição que ele estuda, o que lhe permite participar ativamente das atividades, mas ainda assim mantém um relativo distanciamento, diferentemente da implicação completa, em que ele assume lugar como membro ativo, tornando-se o próprio fenômeno que ele estuda.

Para Merhy (2004)<sup>10</sup>, a “*auto-análise das implicações do sujeito, acorda-o do seu silêncio instituído e abre-se para novos sentidos e significações para os fenômenos, reconhecendo-se como seu produtor re-significando a si e os sentidos de seus fazeres*”. Portanto, considerando

---

<sup>8</sup> ADLER, P. e ADLER, P. *Membership roles in field research*. Sage Publications, 1987.

<sup>9</sup> LAPASSADE, G. *As microsociologias*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005. 160p.

<sup>10</sup> MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido, *op cit.*

que nenhuma pesquisa é desinteressada, que o sujeito do conhecimento é também portador de intencionalidades e desejos, é impossível pensar na sua ação sem sua implicação.

Nesse sentido é desafiador se pensar a validação dos dados ora apresentados. Para Cecílio (2007)<sup>11</sup>, nesse tipo de estudo seria interessante adotar o conceito de múltipla validação. A primeira validação é aquela feita junto aos atores institucionais (“público interno” ao estudo). Estes, ao reconhecerem a narrativa construída pelo pesquisador a partir de suas próprias narrativas, identificariam elementos para mudanças organizacionais, ou seja, a pesquisa produziria um conhecimento comprometido com a gestão da organização, na tradição da sociologia clínica, atualizada pela metodologia de pesquisa-ação<sup>12</sup>.

As outras formas de validação são aquelas buscadas junto aos múltiplos públicos externos ao contexto do estudo, seja ele a comunidade científica que constitui o campo de saber especializado no qual ele se insere, seja aquela formada por outros consumidores desse tipo de conhecimento, em particular pelos que se ocupam das atividades de gestão e gerência dos serviços de saúde. Junto aos públicos externos, a validação visaria obter o reconhecimento de que o autor, por adotar procedimentos metodológicos e referencial teórico coerentes com os objetivos do estudo, e utilizando de observações empíricas em determinado contexto institucional, estaria autorizado a apresentar indicações válidas para outros contextos nos quais se tem a pretensão de operacionalizar a classificação de risco a partir da utilização do STM como estratégia de gestão.

Ao investigar o fenômeno como sujeito do conhecimento, inevitavelmente pude interrogar o sentido da minha prática, interrogando meu próprio modo de agir, descobrindo, no encontro com os sujeitos e seu universo e no conhecimento ou reconhecimento de novos saberes e práticas, os sentidos para novas transformações na realidade organizacional do serviço de emergência do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

---

<sup>11</sup> CECILIO, L.C.O. A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo. [Tese de Livre-docência]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.

<sup>12</sup> MELUCCI, A. (org). *Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura*. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 315-338.

### 3.2 Plano de Trabalho

Para o alcance dos objetivos da pesquisa foi traçado um plano de coleta de dados que se organizou em três fases:

- 1º A descrição dos antecedentes históricos, atores envolvidos, estratégias adotadas visando caracterizar a *formulação* da política de reorganização da rede de urgência e emergência no Estado de Minas Gerais.
- 2º A descrição das estratégias adotadas, das principais modificações no processo de trabalho, das dificuldades encontradas, bem como a apresentação e discussão de dados de produção de atendimento no período, visando caracterizar a *implantação e implementação* do STM no HRTN.
- 3º A caracterização da visão dos atores que atuam no cotidiano do Pronto Socorro, envolvidos diretamente na operacionalização do STM, visando proporcionar uma reflexão sobre a política por parte dos protagonistas, em particular o seu impacto nos seu cotidiano de trabalho e na qualidade da assistência prestada.

### 3.3 Estratégias de investigação

Para dar viabilidade ao plano de trabalho, foram definidas as estratégias de investigação:

**a) Entrevistas:** Foram realizadas entrevistas com atores estratégicos internos e externos ao hospital que participaram ativamente do processo de implantação da classificação de risco – Sistema de Triagem de Manchester, além da formulação da política de urgência e emergência no Estado de Minas Gerais, com o objetivo de caracterizar a percepção dos atores sobre a experiência vivenciada, bem como resgatar o processo de formulação e implantação da política.

A técnica de entrevista, segundo Minayo (2000)<sup>13</sup>, pode ser dividida em dois tipos: estruturadas e não estruturadas, sendo que modalidades intermediárias podem ser

---

<sup>13</sup> MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento (pesquisa qualitativa em saúde)*, op cit. p.107-125.

diferenciadas em função do grau de direcionamento das questões levantadas. Este estudo optou por entrevistas não estruturadas com base em um roteiro mínimo de questões. Esse roteiro difere do questionário tradicional, já que tinha a intenção de ser apenas um instrumento para orientar uma “conversa objetivada”, assumindo o papel de guia da narrativa.

No início da entrevista era apresentado, ao entrevistado, o objetivo da pesquisa, as razões da escolha temática, da indicação para sua participação e o tempo provável de duração, bem como o uso do gravador. O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido e assinado pelos participantes.

Além da entrevista individual, foi realizado um Grupo Focal, oito meses após a implantação do STM, com a participação de membros da equipe do Pronto Socorro envolvida diretamente na implantação do Sistema de Triagem de Manchester. De acordo com Westphal, *et al* (1996, p.473)<sup>14</sup>

*“grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais ... diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico”.*

A técnica de Grupo Focal pode ser considerada uma espécie de entrevista de grupo. A essência do Grupo Focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos, por isso é chamado Grupo Focal (IERVOLINO e PELICIONI, 2001, p.116)<sup>15</sup>. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tema específico (no caso, a operacionalização do STM) a partir de um grupo de participantes selecionados. Difere da entrevista individual por se basear na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa. Sua formação obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os

---

<sup>14</sup> WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, M.C.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.120, n. 6, p. 472-482, 1996.

<sup>15</sup> IERVOLINO, S. A; PELICIONI, M.C.F. A Utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 35, n. 2, p.115-21, 2001.

objetivos da investigação, cabendo a ele a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie a todos os participantes manifestarem suas percepções e pontos de vista<sup>16</sup>.

Procurou-se obter a representação de todos os setores e categorias profissionais envolvidas na implantação. Os critérios para a inclusão dos participantes que se configuram em informantes do estudo foram: a) Profissionais que participaram de todo o processo de implantação do STM e que ainda atuam no serviço de emergência; b) Coordenadores e membros da diretoria do hospital que fazem o acompanhamento direto do STM. O convite enviado ressaltou o objetivo do Grupo Focal e o caráter voluntário da participação. Como primeira observação, chama a atenção o interesse pelo tema tendo em vista o número de participantes e a representação alcançada, pois, além das pessoas convidadas, outras se interessaram e solicitaram a participação, o que resultou em um número elevado de participantes, acima do que é comumente recomendado para Grupo Focal. Foi feita a opção de se realizar um “grupo focal ampliado”, tendo em vista a avaliação de que se poderia obter uma maior representatividade dos trabalhadores que fazem a operacionalização e acompanhamento do STM. Participaram do grupo focal: nove enfermeiros, dois médicos, três funcionários administrativos que trabalham diretamente na recepção, dois membros da diretoria que acompanharam a implantação do STM, um gerente, cinco coordenadores assistenciais, duas arquitetas que acompanharam as adequações da área física necessárias para a implantação do STM, perfazendo um total de 25 profissionais. O encontro realizou-se nas dependências do hospital, e o grupo foi conduzido pelo orientador do estudo, que assumiu o papel de moderador, com o objetivo de facilitar o processo de reflexão sobre a experiência e fazer emergir as percepções do grupo a partir da intervenção de um ator que contribui para o estudo, mas de maneira externa ao campo de pesquisa. Esta estratégia foi escolhida por entender ser necessário ampliar o alcance de informações a partir das diferentes visões do grupo, minimizando assim possíveis “pontos de cegueira” da pesquisadora. A pesquisadora e duas colaboradoras assumiram o papel de observadoras. A pesquisadora se absteve de intervir na dinâmica do Grupo Focal.

---

<sup>16</sup> GUEDES, B. N.; ARAÚJO, D.V.; ANDRADE, M. N.; COSTA, S. F. G. Grupo Focal: Método e Aplicação em Pesquisas Qualitativas. *Revista Brasileira de Ciência da Saúde*, João Pessoa, v.10, n.1, p. 87-92, 2006.



Foram apresentados o objetivo da pesquisa, a lógica do grupo focal e solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), bem como a permissão para fazer a gravação e posterior transcrição. O encontro teve a duração de uma hora e quarenta e três minutos de discussão, desencadeada a partir da seguinte questão feita pelo coordenador:

*“Se a direção de um hospital com perfil mais ou menos parecido com este aqui, procurasse vocês, e pedisse pra vocês comporem um grupo pra implantar o Sistema de Triagem de Manchester lá, eu gostaria de saber se vocês aceitariam formar esse grupo e ir lá para fazer a implantação, e, se vocês fossem, com a experiência que vocês já têm, que cuidados vocês tomariam?”*

Com essa questão, intencionalmente aberta e não diretiva, buscou-se identificar a percepção dos profissionais em relação à utilização da Classificação de Risco – Sistema de Triagem de Manchester – no Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves, identificando as dificuldades percebidas, as convergências em relação à adoção do protocolo e os fatos ocorridos durante a implantação.

No final do encontro, o moderador do Grupo Focal apresentou uma síntese dos temas discutidos para a apreciação e confirmação de suas observações e anotações. Houve consenso, por parte dos participantes, de que a síntese correspondia às discussões feitas no encontro.

Para complementar as observações do grupo focal, também foram realizadas duas entrevistas com médicos que trabalham no pronto-socorro diariamente, além de mais duas com atores externos ao hospital e que participaram da formulação da política no Estado de Minas Gerais.

**B) Observação de campo:** como elemento essencial à abordagem qualitativa, foi realizada observação direta do campo de investigação durante o primeiro mês de implantação do STM, de forma intensiva e cotidiana e ao longo dos primeiros oito meses, tempo necessário para obter o material empírico suficiente para identificar no cotidiano da instituição, mas particularmente do serviço de urgência, a prática diária dos profissionais, a relação entre as equipes e entre os diversos serviços para a produção do cuidado. O instrumento utilizado para

registrar as informações coletadas foi o “caderno de campo”. Conforme Cooper *et al* (2009)<sup>17</sup>, as entrevistas e observação podem ser utilizadas de forma interativa, e os participantes podem ser entrevistados individualmente ou em grupo focal, ou pela combinação dos dois métodos, como foi utilizado neste estudo.

**C) Levantamento documental:** visou agrupar os documentos e os registros que possibilitaram a apresentação do processo de implantação da classificação de risco e que puderam agregar informações necessárias à investigação de alguns elementos concretos da experiência. Foram utilizadas as atas de reunião do colegiado gestor, das reuniões de coordenações, relatórios gerenciais, documentos relativos à política de organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais, da Secretaria Municipal de Saúde e matérias publicadas na imprensa.

**D) levantamento da produção de atendimentos:** para complementar a análise da experiência, foram levantados os dados da produção de atendimentos dos primeiros oito meses de utilização do Sistema de Triagem de Manchester, no período de 04/11/2008 à 30/06/2009, equivalente a 73.593 pacientes registrados no Pronto Socorro. A partir de julho, por definição da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, o hospital passou a adotar novo sistema apenas para a classificação de risco, o que dificultou a integração das informações entre os dois bancos de dados, mas, por outro lado, corrigiu as falhas ocorridas com a utilização do sistema anterior. Optou-se por analisar somente as informações contidas no sistema de informação adotado desde o início da implantação do Sistema de Triagem de Manchester.

Os dados de produção do período foram processados utilizando-se do sistema de gerenciamento de banco de dados Microsoft Office Access. Sendo assim, mesmo levando-se em conta as dificuldades na obtenção da informação, essa foi uma opção metodológica para propiciar uma caracterização quantitativa do perfil de atendimento do HRTN no momento da

---

<sup>17</sup> COOPER, S.; ENDACOTT, R.; CHAPMAN, Y. Qualitative research: specific designs for qualitative research in emergency care? *op. cit.*, p.774.

implantação, como também tentar captar ou caracterizar eventuais mudanças no perfil da demanda por atendimento após implantação do STM.

Para análise do material coletado no grupo focal, na observação de campo e nas entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo conforme Bardin, (1994)<sup>18</sup>, como uma das formas possíveis de tratamento de dados em pesquisa. A técnica de análise de conteúdo possibilita uma ‘leitura profunda’ das comunicações, indo além da leitura aparente, ou seja, o pesquisador está sempre à procura de conteúdos subjacentes e ocultos. A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados, através da atividade de agrupar elementos comuns presentes nos conteúdos das mensagens. No processo de organização dos dados obtidos neste estudo, foram identificados os trechos significativos, assinalados e agrupados por temas afins direcionados pelos pressupostos do trabalho. Ao final, procedeu-se à análise definitiva, correlacionando os achados aos referenciais teóricos pertinentes à investigação, de acordo com os objetivos da pesquisa. Utilizou-se da produção da literatura disponível sobre sistemas de classificação de risco, em especial do Sistema de Triage de Manchester, e da produção científica que discute o complexo território micropolítico das organizações em geral e do hospital em particular.

### **3.4 Análise de minha implicação**

Como foi apontado, o estudo apresenta algumas dificuldades decorrentes de suas características; em especial, o fato de eu estar pesquisando uma política institucional na qual tive responsabilidade e protagonismo, ou seja, o objeto estudado é alvo do meu forte investimento afetivo; o fato de parte importante do material empírico ser coletada em ato, no processo mesmo de implantação da política que eu participava diretamente e pretendia avaliar; o fato da minha posição no campo de pesquisa ser fortemente marcada pela minha posição hierárquica dentro da instituição, claramente identificada com suas linhas de autoridade legal-formal. Por tudo isso é que o desejo (e o compromisso) de fazer minha análise de implicação

---

<sup>18</sup> BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994. 223p

não é tarefa fácil. Para me apoiar neste exercício, vou fazer uso de dois dispositivos. O primeiro, é retomar os pressupostos iniciais do trabalho, exatamente como foram escritos no projeto inicial, para caracterizar como os retomo no final da pesquisa; em particular, o quanto consegui de deslocamento em relação às minhas formulações iniciais. O segundo dispositivo é o conteúdo de um e-mail que enviei para meu orientador em 23/04/2010, em momento de desânimo e desabafo perante as dificuldades na gestão de uma grande unidade de urgência - Unidade de Pronto Atendimento - que também se utiliza do STM para classificação de risco desde sua abertura em Janeiro de 2009 e por cujo acompanhamento sou responsável. Em um processo compartilhado de análise, meu orientador avaliou que o conteúdo desse e-mail era cheio de pistas para uma análise mais aprofundada de minha implicação, como tentarei mostrar mais adiante.

### **Retomando os pressupostos.**

Diferentemente do que normalmente ocorre ao final da elaboração da tese, onde os pressupostos são apresentados como se fossem destituídos de transformações e reflexões desde o início do percurso de sua formulação, optei por buscar em meus arquivos os registros das versões que fui construindo e modificando ao longo do estudo. A análise da *genealogia* dessas várias versões dos pressupostos acabou funcionando como um instrumento de análise da minha implicação. Considero importante explicitá-lo, não só pelo que representa para mim, mas também para meu orientador, com quem construí uma relação de total parceria e que se preocupou, durante todo o estudo, em tornar válido o meu saber militante de pesquisadora implicada, como apontado por Emerson Merhy. Na sequência, apresento as várias versões dos pressupostos/hipóteses, com suas respectivas datas de formulação.

O projeto de pesquisa inicial, no Hospital das Clínicas, foi abandonado por inviabilidade de sua efetivação, e um novo projeto foi elaborado em Junho/2008:

### **HIPÓTESES A TESTAR (08/06/2008 )**

1. A utilização do protocolo de classificação de risco impactou diretamente a organização do serviço de urgência do hospital no que se refere à gestão e produção do cuidado adulto e pediátrico;
2. A organização da porta de urgência obrigou o hospital a reorganizar seu processo em função da prioridade de atendimento determinada pela utilização do Protocolo de Manchester;
3. O envolvimento e adesão dos profissionais se configuram em elementos essenciais para o sucesso da implantação da classificação de risco.

#### **HIPÓTESES A TESTAR (15/09/08)**

1. A utilização do protocolo de classificação de risco impacta diretamente a organização do serviço de urgência do hospital no que se refere à gestão e produção do cuidado adulto e pediátrico;
2. A implantação da classificação de risco revela a desorganização e desarticulação dos processos internos do Serviço de urgência.
3. O envolvimento e adesão dos profissionais se configuram em elementos essenciais para o sucesso da implantação da classificação de risco.
4. A implantação do Sistema de Triagem de Manchester exige permanente rede de conversação e negociação interna e externa, constituindo-se em um grande indutor de construção e articulação de redes assistenciais.
5. A implantação da classificação de risco revela a desorganização e desarticulação do Sistema de Saúde.

As novas hipótese incluídas são decorrentes do avanço no processo de preparação para implementação da classificação de risco, especialmente no que diz respeito às discussões dos fluxos internos e externos, com reuniões para pactuação de referências com as Unidades de Pronto Atendimento, permitindo-me incluir o quarto pressuposto. Está revelada aí a minha condição de pesquisadora privilegiada, pois só foi possível ampliar os pressupostos, tornando-os mais explícitos, por ser ator presente no processo cotidiano de planejamento da implantação

do STM, construindo o meu conhecimento sobre o objeto através da minha prática. Passados sete meses da implantação, novamente fiz mudanças e, desta vez, interrogando sobre a pertinência de manter um pressuposto revelador de um processo de organização interna, que agora emergia como se estivesse antecipando um resultado.

**A partir dos objetivos traçados, foi possível refletir sobre alguns pressupostos que se configuraram como hipóteses deste estudo (01/06/2009):**

1. A utilização do protocolo de classificação de risco impacta diretamente a organização do serviço de urgência do hospital no que se refere à gestão e produção do cuidado adulto e pediátrico;
2. **A implantação da classificação de risco desvela o processo de organização e articulação dos processos internos do Serviço de urgência. SAIR?**<sup>19</sup>
3. O envolvimento e adesão dos profissionais se configuram em elementos essenciais para o sucesso da implantação da classificação de risco.
4. A implantação da classificação de risco – Sistema de Triagem de Manchester exige permanente rede de conversação e negociação interna e externa, constituindo-se em um grande indutor de construção e articulação de redes assistenciais.

Incomodada com a utilização do termo “hipóteses”, que me remetia a testes estatísticos, fui buscar em Alzira Hartz a sustentação para a utilização do termo “pressupostos” e, já em processo de análise do material empírico, acrescentei um que não tinha sido previsto em nenhum momento do estudo, mas que despontou como a “revelação”.

### **PRESSUPOSTOS BÁSICOS (01/12/09)**

Tendo em vista o tipo de pesquisa a ser desenvolvida, é mais coerente elaborar pressupostos do que enunciar hipóteses a serem demonstradas (HARTZ,1997 p101). São eles:

---

<sup>19</sup> Mantive em maiúscula e vermelho as interrogações que enviava para conhecimento do meu orientador. No caso do item 2, por exemplo, eu tinha percebido uma hipótese/pressuposto, que não me era perfeitamente clara no início do estudo. O que eu perguntava a meu orientador era se eu devia ou não “completar” as hipóteses/pressupostos originais.

1. A utilização do protocolo de classificação de risco impacta diretamente a organização do serviço de urgência do hospital no que se refere à gestão e produção do cuidado adulto e pediátrico;
2. **A implantação da classificação de risco evidencia as tensões relacionadas ao saber das profissões presentes no processo de produção do cuidado. SAIR? deixar para acrescentar como achado?**
3. O envolvimento e adesão dos profissionais se configuram em elementos essenciais para o sucesso da implantação da classificação de risco.
4. A implantação da classificação de risco – Sistema de Triagem de Manchester exige permanente rede de conversação e negociação interna e externa, constituindo-se em um grande indutor de construção e articulação de redes assistenciais.

Esta “genealogia” das hipóteses/pressupostos que recuperei *a posteriori* aponta dois elementos importantes da minha implicação. O primeiro é o quanto as hipóteses ou pressupostos iniciais do estudo foram acertados, mostrando o meu conhecimento do campo previamente à pesquisa. Mas também o quanto meu lugar de ator, em permanente aproximação do objeto, favoreceu o meu lugar de pesquisadora, possibilitando-me descobrir, “por dentro”, elementos essenciais ao estudo. Contraditoriamente, estava também diante do desafiador exercício do distanciamento para que eu pudesse perceber algo, ao final do estudo, **de que eu já não tivesse conhecimento**. Essa foi minha maior preocupação ou dificuldade epistemológica, isto é, abrir alguma brecha no conjunto de conceitos pré estabelecidos com que me aproximei do campo e abrir a possibilidade de novas descobertas. *O estudo poderia me revelar algo de novo ou apenas confirmaria o que eu já sabia ou queria confirmar?* “**A implantação da classificação de risco evidencia as tensões relacionadas ao saber das profissões presentes no processo de produção do cuidado.**” A esse respeito, no material que enviei para o orientador em 01/12/2009, interrogo “SAIR? Deixar para acrescentar como achado?” Isto era a novidade para mim e um aspecto da implantação da classificação de risco ao qual eu não estava totalmente atenta, ou, melhor dizendo, mesmo que eu não ignorasse sua existência, em nenhum momento ele aparecera como pressuposto importante da pesquisa. Por que essa não valorização? Daí a necessidade de utilizar o segundo dispositivo de análise de minha

implicação, este por insistência do meu orientador, já que eu não o havia valorizado como tal. O que escrevi retrata minhas inquietações e meu sofrimento diante de verdadeiras barreiras ao processo de melhoria da atenção à saúde da população, mas também meu lugar de enfermeira, gestora e pesquisadora, desejante e atuante neste complexo campo da gestão em saúde. Vejamos o que escrevi para ele em 23/04/2010, já com os grifos dele (o orientador), em um exercício de análise de implicação compartilhada.

*Oi Cecílio, só li o texto agora e vamos ter um belo prato, mas preciso de tempo, porque ele me provocou algumas reflexões que quero elaborar e vou começar neste diálogo com você. “Hoje foi um dia muito difícil na UPA, cheguei em casa tarde, cansada, comecei a falar com o Flávio e foi brotando lágrima em meio ao sentimento de impotência, angústia e a sensação de que falta inventar mais. Fiquei o dia todo no front, lidando permanentemente com o sofrimento, o limite do sistema que não absorve a demanda (tivemos que regular a porta e aí um tanto de paciente fica sem atendimento), que não tira o doente intubado e nem o de enfermaria mais complexo e vendo perder doente e também vendo a autonomia dos médicos, que se movimentam independente do quanto isso existe. Então, mais do que explicar, cartografar, interessa pra quem está nesse “mundo da faina diária”, a solução e, nós, não temos tido. E olha que somos metidos a bom nisso, pegamos prá valer, somos corajosos, mas está pouco. Como você mesmo disse, as soluções que estão por aí são estruturalista e não alcançam a complexidade que esse mundo tem, e, estamos vendo que a solução de parceria com UFMG/FUNDEP consegue impactar muito na área de suprimento e materiais, mas não tem a mesma potência para RH/médicos. Não se configura em atrativo dizer que ele tem FGTS, décimo terceiro, etc. A fidelização é zero, ele quer ser RPA/autônomo, ir o dia que bem entender, chegar a hora que bem entender, dormir no plantão independente de quantos pacientes ainda precisam de avaliação, sair todo mundo ao mesmo tempo para almoçar, coisas que são tão óbvias que me envergonham quando tenho que abordá-los. Eles deixam a instituição sem nenhum aviso, a escala é virtual, nunca sabemos se dá pra contar ou não, sem falar na fragilidade técnica. (...) Me parece que o paradigma é ético ou como dizem nossas mães, o problema é de berço e aí .....não dá pra educar ninguém nessa altura do campeonato. É nesse vácuo de descaso que a enfermagem vai se empodeirando, se fazendo cada vez mais gestora do cuidado, que tem deslocado de um papel antes mais invisível, para outro de defesa visível das necessidades do usuário. Exemplificando, existe uma fala disseminada entre a corporação médica de que quem “manda” na UPA é a enfermagem e que isso afasta a chegada de novos médicos. De fato manda, cobra, denuncia, controla, protege o doente e com o nosso aval, tudo o que eles não querem. E aí cabe outra análise, a de representação de uma autoridade delegada, que em meio às dificuldades, nos aliamos a ela como recurso estratégico para tornar possível o cuidado.*

*Pra complicar, um sistema de saúde que põe numa unidade não hospitalar toda a clientela típica de hospital, de terapia intensiva, de cuidados prolongados, etc porque o hospital também está superlotado. Daí lendo nosso artigo fui certificando do quanto ainda não sabemos o que fazer, embora nos possibilite explicar.*

*Como você viu está tudo aqui, todas as dimensões se entrelaçando, tão visivelmente que parece óbvio. Isso é pouco? De jeito nenhum. Vai possibilitar ao leitor uma viagem para seu universo micropolítico e construir seus próprios mapas, mas daí intervir e acertar é um longo caminho, que eu gostaria que fosse menos penoso e mais bem sucedido. Então é isso, estou lavando o arroz, uma hora ele chega para você. Beijo obrigada!”*



É neste desabafo, sem intenção “acadêmica” nenhuma, que meu orientador percebeu elementos para minha análise de implicação e que destaco para finalizar este estudo, a partir do nosso diálogo:

Quando acrescento como pressuposto, já no final do trabalho, que ***“A implantação da classificação de risco evidencia as tensões relacionadas ao saber das profissões presentes no processo de produção do cuidado”***, eu assumo um aparente distanciamento de pesquisadora falando das tensões entre médicos e enfermeiros, como se eu fosse somente a “gestora” ou a “pesquisadora”, observando tal fato com distanciamento e “neutralidade”, o que hoje vejo não ser possível. A resposta do orientador ao meu e-mail me deixou perplexa ao dizer que nunca tinha me visto assim, “enfermeiríssima”. Eu não achava que isso estava ali revelado, pois acreditava falar do lugar de gestora e pesquisadora lidando com limites institucionais e pessoais. Entretanto, mesmo quando aparentemente assumo esse papel, não deixo de ter meus valores, julgamentos e posicionamentos, e então “denuncio” minha posição no campo, como gestora e pesquisadora sim, mas a partir do “lugar” de enfermeira. O resultado de tal fato é que **provavelmente sou vista como a “enfermeira que manda”, mesmo que me veja ou me sintam uma “enfermeira gestora e pesquisadora”, com pretensões de “neutralidade”, “objetividade” e “distanciamento”, fortemente orientada por princípios éticos.** Ou seja, pude vislumbrar, mesmo que palidamente, como provavelmente **sou vista** pelos médicos e pelos outros trabalhadores da urgência. O que venceu minha resistência sobre tornar pública ou não esta reflexão foi pensar o quanto ela poderia ser disparadora da reflexão de outros profissionais, gestores e pesquisadores, mostrando como elementos fundamentais de nossa prática na organização ficam fora de nossa visibilidade e percepção, ou como nos “iludimos” e/ou pensamos “iludir” os outros atores institucionais sobre nossa real inserção na trama de relações de poder que configuram a organização. Esse é o sentido da análise de implicação, como apontado por René Lourau<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> ALTOÉ, SÔNIA (org). René Lourau, um analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

Retomo, então, um dos achados do estudo: o de que o STM, mais do que um dispositivo técnico-gerencial é uma **tecnologia política**, parte de um processo mais amplo de avanço de processos racionalizadores e seus mecanismos de busca crescente de visibilidade, padronização, previsibilidade e controle. Termino o estudo reconhecendo o quanto **sou um agente ativo de tal tecnologia política, com todas as implicações decorrentes de tal fato perante os atores que compõem o campo estudado.**

Neste percurso de construção da tese e de elaboração teórica, fui deparando com situações que me fizeram refletir sobre o meu lugar, sobre o que eu estava produzindo e qual o valor disso para os profissionais que estão nos serviços de emergência. Espero que os resultados desse estudo possam contribuir com as instituições que pretendem implantar a classificação de risco, tendo em vista o quanto o sucesso ou o fracasso da implantação dessa tecnologia depende da compreensão que se tenha da sua dimensão política, muito além de sua pretensão de racionalidade técnico-instrumental. O campo da gestão em saúde é muito vasto e o da gestão hospitalar ainda muito carente de soluções para quem vive o dia a dia da unidade. Sendo assim, para além dos resultados “objetivos” da implantação do STM apontados pelo estudo, não posso deixar de destacar como um dos meus principais ganhos neste processo de elaboração de minha tese – fruto da minha relação com o orientador que foi se constituindo como crescentemente “analítica” – a possibilidade de lançar um novo olhar sobre a micropolítica do hospital, percebendo-a mais multifacetada e complexa, descobrindo os vários “sentidos” que configuram sua gestão. O mundo da gestão hospitalar nos obriga a um permanente processo de diálogo, escuta e negociação para que mudanças reais e consistentes aconteçam na organização, na perspectiva que desejamos e pela qual lutamos.

## **CAPÍTULO 4**

# **SOBRE O HOSPITAL E SUA MICROPOLÍTICA**

#### 4.1 O Processo Histórico de Constituição Social do Hospital

O processo histórico de constituição social do hospital evidencia sua complexidade e singularidade como organização. O termo “hospital”, como designativo de instituições de atenção aos doentes, surgiu em 816 d.C., com a tradução do termo grego *Nosokomeion* para o latim (ANTUNES,1991)<sup>1</sup>. Sua origem está relacionada a lugar para abrigar os feridos de guerra, doentes pobres, indigentes, loucos, que viviam abandonados aos milhares nas ruas, sendo o lugar de preparação para a morte, como cita Porter (2000, p.188)<sup>2</sup>: “*era mais importante garantir que os pacientes morressem em estado de graça do que estabelecer tratamentos médicos heróicos para manter a vida temporal*”. A essa função também se agregava outra, talvez até mais importante, a de segregar e excluir do convívio social aqueles que representavam ameaça à ordem ou à saúde da população.

Inspirados no conceito evangélico de caridade e assistência social, os primeiros hospitais de origem romana foram construídos junto aos mosteiros, e a assistência aos doentes era feita por religiosos ou leigos, permanecendo assim até o século XVIII. Sua manutenção era conseguida através de esmolas e doações dos mais ricos, e o poder público participava minimamente, limitando-se à isenção de impostos. Os mais ricos eram assistidos por médicos no seu domicílio. A formação do médico não incluía a prática médica em hospital, e o hospital não dependia do saber médico. “*Nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina*” (FOUCAULT, 2000, p.103)<sup>3</sup>. A sua formação compreendia conhecimento de textos e transmissão de receitas e não o campo de experiência que ele teria vivenciado.

Conforme Porter (2000)<sup>4</sup>, “*este ideal do cuidado e da cura como ato de caridade cristã permaneceu influente através da Idade Média, dando ímpeto à fundação dos hospitais*” (p.187).

---

<sup>1</sup> ANTUNES, J. L. F. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168p.

<sup>2</sup> PORTER, R. *Cambridge – Historia da Medicina*. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda, 2000. p.181-215.

<sup>3</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 15.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000. 295p.

<sup>4</sup> PORTER, R., *Cambridge – Historia da Medicina, op cit*.

A transformação do hospital em lugar de cura e da medicina ocorre em função da anulação de seus efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava, e não de sua ação positiva sobre o doente ou a doença. A reforma hospitalar se inicia no século XVII, pelo hospital marítimo e militar, e não pelo civil, pois eles concentravam a desordem econômica e grande tráfico de mercadorias, que não interessava às autoridades financeiras. Além disso, constituía-se em ameaça como “porta de entrada” de pragas e epidemias. Surgem então regulamentos para ordem econômica e também médica como a quarentena (FOUCAULT, 2000, p.104)<sup>5</sup>.

Porter também descreve que, por volta de 1800, os hospitais de Londres atendiam cerca de 20 mil pacientes por ano, mas se restringiam a atender apenas queixas menores, prováveis de responder ao tratamento, e excluía os casos infecciosos. *“Nada de útil se teria a ganhar, admitindo febres no hospital. Elas não poderiam ser curadas e espalhariam como fogo”* (p.191).

A partir do século e XVIII presencia-se uma mudança no valor do homem, que até então era um recurso abundante e facilmente encontrado, pois não era necessário nenhum conhecimento ou habilidade mais apurados para sua utilização como força de trabalho ou engajamento em batalhas. Com o surgimento de um exército mais técnico e uma marinha mais complicada, onde o saber e a experiência do soldado eram fundamentais para o sucesso da batalha, a vida desses soldados passou a ser valorizada como um recurso importante e custoso, que não se poderia mais “desperdiçar” como antes. Daí que a sua cura e recuperação eram necessárias em função dos novos requerimentos para a guerra, em particular a exigência de maior habilidade e capacidade de operar equipamentos, dando novo sentido à vida humana, no sentido de torná-la mais valorizada. Tal transformação do ambiente hospitalar se dará através de mecanismos disciplinares que, embora já existentes remotamente, só agora serão transformadas em novas técnicas de gestão dos homens. (FOUCAULT, 2000, p.105)<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do poder, op cit*, 2000, p. 104

<sup>6</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do poder, op cit*, p.105

Com o início da revolução francesa, evidencia-se a necessidade de garantir uma melhor organização do conhecimento médico e de sua prática, dando-se início à participação do médico na assistência e, simultaneamente, de sua formação dentro do hospital. Surge então o médico de hospital e a clínica como dimensão essencial do hospital.

Conforme Foucault (1994)<sup>7</sup>, o hospital torna-se lugar essencial para a construção do saber médico e estruturação da medicina moderna por aliar prática ao conhecimento teórico:

*Ler pouco, ver muito e fazer muito, se exercitar na própria prática ao leito dos doentes: eis o que ensinará, em vez das vãs fisiologias, a verdadeira “arte de curar”. A clínica se torna, portanto, um momento essencial da coerência científica, mas também da utilidade social e da pureza política da nova organização médica (p. 79).*

Assim, a origem do hospital médico relaciona-se tanto com a intervenção médica nos processos de cura, quanto com a disciplinarização do espaço hospitalar. Como apresentado também por Foucault (2000)<sup>8</sup>:

*É a introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época do saber e da prática médicas (p.107).*

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura, e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (p.109).

A evolução do hospital está, portanto, diretamente relacionada à participação crescente dos médicos em seu funcionamento. O poder sobre o corpo torna-se representante da aliança entre o poder e o saber. Esse deslocamento histórico que evidencia o hospital como local privilegiado tanto para a cura quanto para aprendizagem e experimentação de novos saberes determinaram sua importância social hoje constituída.

---

<sup>7</sup> FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1994. p.71-97.

<sup>8</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*, op cit, p.107

## **4.2 O Hospital como organização complexa: as várias dimensões que configuram sua micropolítica.**

Graça Carapineiro, em “*Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*”, sistematiza importantes debates centrados na abordagem sociológica mais refinada do hospital. Essa produção tem sido utilizada como referencial para a apresentação e discussão do hospital contemporâneo.

Carapineiro (1998, p.45)<sup>9</sup> apresenta o hospital como “*uma organização moderna e complexa, local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna*”. Local altamente profissionalizado, que reúne diversos profissionais, de diferentes formações, posições hierárquicas e localizações na divisão técnica e social do trabalho, possibilitando aos profissionais a construção de projetos distintos e acumulação de recursos de poder diferenciados, o que o torna lugar de múltiplos interesses, disputas e conflitos.

No entendimento da importância social do hospital, a visibilidade é maior quando relacionada à sua importância no Sistema de Saúde; porém, assume também igual importância, mas não tão visível assim, quando simboliza o poder social da profissão médica, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos (TURNER, 1995, p.157)<sup>10</sup>.

A complexidade do hospital tem se mostrado crescente ao longo dos anos devido à elevada multiplicação dos serviços e das especialidades médicas, com a contínua incorporação tecnológica, seja ela de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Esses fatores introduziram modificações importantes na estrutura hierárquica, na estrutura de poder e nos sistemas de comunicação do hospital, sinalizando-o como uma organização burocrática.

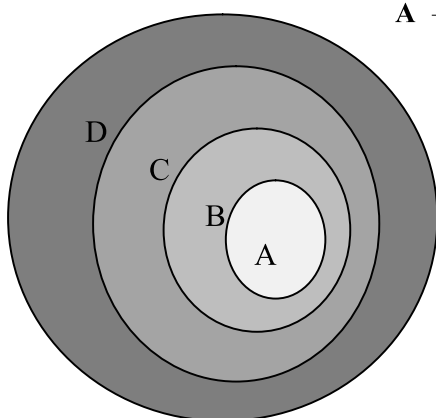
---

<sup>9</sup> CARAPINEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital; uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3.ed. Porto: Afrontamento, 1998. 295p.

<sup>10</sup> TURNER, B.S. *Medical Power And Social Knowledge*, 2ª ed. Londres: Sage Publications. 1995, p.157.

Para uma sistematização da discussão teórica sobre o hospital, adoto o esquema conceitual apresentado em 02/10/2009 no Seminário de Dirigentes Hospitalares promovido pelo Hospital Risoleta Tolentino Neves<sup>11</sup>. Irei buscar em cada dimensão apresentada no esquema os aspectos da vida hospitalar que interessam a este estudo.

A Figura 1 apresenta as várias dimensões presentes na vida da organização hospitalar, representadas em forma de círculos concêntricos, para destacar a imanência que guardam entre si, mas sempre tentando salientiar a especificidade de cada uma delas. Podemos dizer que cada dimensão apresenta características próprias, o que lhes confere singularidade enquanto objeto de estudo, produção teórica e intervenção. Analiticamente, trabalha-se com a idéia de que cada uma delas pode ser analisada em sua especificidade, desde que considerada na sua relação com as demais.



**A – A produção do cuidado.** *Elementos próprios:* a complexa coordenação interprofissional do cuidado (o trabalho de equipe), fruto da divisão técnica e social do trabalho A organização dos processos de trabalho: fluxos de pacientes, uso de protocolos, escalas de trabalho, rotinas, etc. Diferentes graus de incorporação tecnológica.

**B – O campo de relações de poder.** *Elementos próprios:* as linhas de autoridade legal-formal do hospital. Mecanismos transversais de disciplinamento e controle. A permanente busca da cooperação e/ou consenso. Conflitos abertos e encobertos.

**C – A “institucionalidade” do hospital.** *Elementos próprios:* o Regime jurídico. O modelo de gestão e a estrutura organizacional. As fontes de financiamento e *accountability*. A política de pessoal. A cultura organizacional. O grau de complexidade e o perfil assistencial do hospital. O controle social.

**D – O contexto macrossocial.** *Elementos próprios:* A política de saúde. O perfil demográfico e epidemiológico da população. A articulação com o sistema de saúde.

**Figura 1 – As várias dimensões que configuram a micropolítica nas organizações hospitalares**

<sup>11</sup> CECÍLIO, L.C.O. “As múltiplas dimensões que configuram a micropolítica nas organizações hospitalares”. Material inédito, 2008.



Para entender as dimensões da micropolítica do hospital, buscarei primeiramente dar significado a este termo utilizando a definição de Cecílio (2009)<sup>12</sup>, para quem a micropolítica nas organizações de saúde é:

*O conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional” – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção (p.547).*

É na micropolítica que se produz o cuidado com toda a complexidade tecnológica que ele exige, seja ela material e/ou não material. É o espaço também da disputa entre atores com seus projetos distintos, nem sempre coincidentes com o da direção e é, centralmente, ocupado pelo usuário e suas demandas. É onde a vida organizacional se constitui e se concretiza através da produção e reprodução permanente dos processos de cuidado.

A partir dessa compreensão é que irei aprofundar a reflexão sobre as dimensões existentes neste rico território da micropolítica do hospital, utilizando-me do esquema proposto por Cecílio, para quem:

**A dimensão A:** É a mais visível, e diz respeito à materialidade do cuidado. O encontro dos diversos profissionais e seus saberes na conformação e produção do cuidado. Expressa o mundo do trabalho, sua organização, seus produtos e resultados, traduzidos na materialidade dos processos de trabalho, nas escalas da enfermagem, nos esquemas de plantão dos médicos, nos fluxos de pacientes, nos cuidados no leito, nos momentos de visita, no contato com os familiares etc. É o “mundo vivido” pelos usuários, no qual se produz o cuidado que ele espera e de que necessita. Mundo da faina diária, do corre-corre, da distribuição de tarefas, do preenchimento de toda espécie de impressos, de registros, de circulação de insumos, de administração de medicamentos, de preparação dos pacientes. É também uma dimensão relacional, que se dá pelo encontro entre o profissional e o usuário, que pode ser tanto vivenciada como momento de construção de vínculo e autonomia, como pode ser desresponsabilizada e “descuidada”. Nesse sentido, é dependente de uma ética do profissional

---

<sup>12</sup> CECÍLIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Revista Interface*, Botucatu, v.13, supl.1, p.545-55, 2009.

que pode ser traduzida como a capacidade de se colocar no lugar do outro e se envolver de maneira a se comprometer com a vida do outro. É permeada pela escuta e pode-se dizer que é o momento nuclear do cuidado. Culmina na efetivação de uma relação profissional-paciente que vai além do saber técnico, pois se compromete e se responsabiliza com e pelo outro, conforme Merhy:

*Não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma disfunção biológica, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir.*  
(1998, p.107)<sup>13</sup>

Na produção do cuidado, é central o reconhecimento da divisão técnica e social do trabalho, com os vários profissionais atuando com seus saberes e práticas diversificados e em diferentes posições nessa divisão e na hierarquia organizacional, com diversas cargas horárias e com graus de liberdade diferenciados. Os médicos, por serem detentores de uma prática mais autônoma e um saber que os legitima, ainda têm forte peso na organização geral dos processos de trabalho, uma vez que é a partir do seu trabalho que se determina e estabelece a divisão de tarefas entre as diferentes categorias profissionais (Carapineiro, 1998).

Constitui, portanto, uma dimensão de normalização dos processos com inúmeros protocolos, normas e rotinas operacionais para estabelecer uma organização sistemática das diversas atividades, dos diversos profissionais apoiados em mecanismos de comunicação e informação, mas especialmente em complexos mecanismos de coordenação, que irão possibilitar a realização do cuidado<sup>14</sup>. Ela está imersa num campo de forças e disputas que configuram a dimensão B.

**A Dimensão B:** esta dimensão diz respeito à discussão sobre as relações de poder existentes na vida hospitalar. Seria possível identificar, nas organizações hospitalares, três dimensões de poder distintas, porém imanentes entre si: uma dimensão de autoridade/ordem, uma dimensão

---

<sup>13</sup> MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. IN: MERHY, E. E. et al (orgs). *O SUS em Belo Horizonte*. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-120.

<sup>14</sup> CECÍLIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde em Debate*: Rio de Janeiro, v.27, n.64, p.110-122, 2003.

de disciplinamento/control e uma dimensão de cooperação/consenso<sup>15</sup>. A dimensão mais visível ou mais facilmente reconhecível das relações de poder existentes em uma organização é aquela que se expressa nos arranjos hierarquizados de autoridade, do tipo legal-formal, tal qual formulado por Max Weber<sup>16</sup> ao trabalhar o conceito de burocracia. Para esse autor, o conceito de poder ou de dominação está ligado ao conceito de autoridade hierárquica, ou seja, o poder é considerado legítimo pelos que a ele estão submetidos. Envolve a obediência às regras formais estabelecidas por procedimentos legais regulares de uma organização racional de posições hierárquicas. É exercido por meio de um quadro administrativo burocrático.

Essa dimensão do poder, a da **autoridade/ordem**, materializa-se nos organogramas formais, nos regulamentos, nos rituais do cargo e tem como característica principal o fato de a relação de dominação ser reconhecida como legítima pelos dominados.

Marsden & Townley (2001)<sup>17</sup> destacam o caráter racionalizador e instrumental presente na formulação de Weber:

*A administração burocrática não é só racional, por causa de seu formalismo impessoal e sua eficiência tipo-máquina, mas também, e fundamentalmente, porque está baseada em conhecimento técnico. A racionalização é um processo de dominação baseado em técnicas aparentemente apolíticas (p36).*

Acrescenta, ainda, que a racionalização aumenta a eficiência, mas também desumaniza, chamando a atenção para a desconsideração dos sujeitos e suas intencionalidades.

Entretanto, os vários estudos sobre a relação entre o hospital e a teoria da burocracia de Max Weber já demonstraram que, apesar de o hospital apresentar-se como uma estrutura administrativa burocrática, ele difere em muitos aspectos do tipo ideal weberiano. Isso porque essa dimensão do poder/dominação, apesar de ser a mais facilmente reconhecida pelo senso

---

<sup>15</sup> MOREIRA, M.E. *Autoridade/ordem, disciplina/control e cooperação/consenso: as dimensões imanentes das organizações: um estudo teórico para pensar a gestão em saúde*. [Tese de doutorado]. Saúde Coletiva/Unicamp. 2002

<sup>16</sup> WEBER, M. *Economia e sociedade. Fundamentos da sociologia compreensiva. Vol.1*. Brasília: Editora UnB, 1991. p.144-147.

<sup>17</sup> MARSDEN,R.; TOWNLEY, B.A. Coruja de Minerva: Reflexões Sobre a Teoria na Prática. IN: Clegg, R S.; Hardy,C; Nord,RW. *Handbook de Estudos Organizacionais, Reflexões e Novas Direções*. Vol. 2, 2000. p.31-56

comum, ao trazer com ela o conceito de “chefe/diretor”, não é suficiente para se pensar o conjunto das relações de poder que existem na organização hospitalar<sup>18</sup>.

Assim, como aponta Friedberg, trata-se de “*uma organização produtiva é irreduzível à sua ordem formal e nunca corresponde à ordem fixada que a leitura do organograma poderia sugerir*” (1993, p.14)<sup>19</sup>, especialmente no hospital, pela sua constituição histórica relacionada à profissão médica e ao saber da medicina.

Carapinheiro (1998, p.46-47)<sup>20</sup>, afirma que, além da existência de uma estrutura hierárquica de autoridade legal-formal, existiria uma segunda linha de autoridade originada no poder carismático dos médicos, que detêm o saber capaz de curar doenças e salvar vidas. Essa autoridade, ao lhes conferir autonomia, também os posiciona diferentemente de outros profissionais dentro da divisão técnica e social do trabalho e perante a administração do hospital, que tenta imprimir ou exercer sua autoridade sobre esses profissionais. Conforme a autora, a coexistência desses dois princípios de autoridade no hospital evidencia relações de conflito e denotam a insuficiência da burocracia para a sua gestão.

Em relação à autonomia médica, Carapinheiro<sup>21</sup> observou aspectos que podem ser compreendidos a partir de Foucault:

*A autonomia médica é sustentada pela dominação do seu saber e de sua competência técnica na organização da divisão do trabalho e, como consequência, dirige e avalia o trabalho de todas as restantes categorias profissionais sem, em contrapartida, ser objeto de direção e avaliação de ninguém. Na própria configuração organizativa, o hospital apresenta-se como um conjunto de várias oficinas de trabalho, entendidas como lugares onde vários tipos de trabalho, diferentes recursos e específicas divisões de trabalho são requeridos para levar a cabo o trabalho médico, orientado, direta ou indiretamente, para a gestão dos casos clínicos dos doentes, justificando a subordinação das profissões que cooperam com os médicos na divisão de seu trabalho (p.72).*

Turner (1995) acrescenta que:

---

<sup>18</sup> CECILIO, L.C.O. *A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo*. 2007. [Tese de Livre-docência] São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2007.

<sup>19</sup> FRIEDBERG, E. *O Poder e a Regra: dinâmicas da ação organizada*. Lisboa: Instituto Piaget: Editions du Seuil, 1993. 412p.

<sup>20</sup> CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares, op cit.*

<sup>21</sup> Id., p.72.

*A dominação médica corresponde, então, a um conjunto de estratégias desenvolvidas para o controle da situação do trabalho, para a institucionalização da autonomia profissional na divisão de trabalho médico e para a ocupação de uma posição de soberania sobre as categorias profissionais que estão em sua órbita. (p. 141)<sup>22</sup>*

Haveria, então, uma segunda dimensão do poder presente na micropolítica do hospital, a dimensão **disciplinamento/controle**, que é uma face do poder na organização que não se expressa tão explicitamente nos organogramas formais, mas atravessa a organização como um todo e em todas as direções, sendo, de alguma forma, sinérgica ao poder burocrático no sentido de fazer alcançar a eficácia das normas e regras, ou seja, a obediência.

A disciplina, como descrita por Foucault (2000), é uma técnica de exercício de poder e controle e é exercida no campo das relações ou das práticas, funcionando como teias das quais não se pode escapar. É categorizada como técnica de organização de espaço, de distribuição do homem em lugares conforme os interesses produtivos, mas, fundamentalmente, apresenta a disciplina como controle do tempo, sendo que para isso é necessária a sujeição do corpo ao tempo, ao modo de execução, ao tempo gasto e que pode ser transformado e aperfeiçoado. Por isso se detém não no resultado de uma ação, mas no seu desenvolvimento. Por fim, a vigilância se constitui em um dos seus principais instrumentos de controle, é exercida de modo contínuo sobre os indivíduos que estão a ela submetidos e implica em registro sistemático do conhecimento. Esse registro, ao mesmo tempo em que controla, que exerce o poder, também produz saber. (FOUCAULT, 2000 p.107-108)<sup>23</sup>.

Neste sentido, o poder se concentra no sujeito, em seu cotidiano, no desenrolar da vida diária, no seu modo de agir, no seu tempo e em suas ações. Ele constitui o sujeito. “*A disciplina “fabrica” sujeitos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos, ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício*<sup>24</sup>”. Por tal visão, o sujeito é um produto do poder disciplinar e não um “alvo” pronto do poder. (FOUCAULT, 1995 p.173).

---

<sup>22</sup>TURNER, B.S. *Medical Power And Social Knowledge*, op cit., p.141.

<sup>23</sup>FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*, op cit.

<sup>24</sup>FOUCAULT, M. A Genealogia do Indivíduo Moderno como Objeto. IN: RABINOW P; DREYFUS, H. *Michel Foucault, uma trajetória política: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 159-201.

Para uma visualização do hospital como espaço “disciplinado”, basta observarmos as inúmeras normas e regras de funcionamento, com fluxos e horários definidos, registros de todas as ações em prontuário, livros de plantão, controle de acesso, escalas de serviços, inúmeras normas e rotinas técnicas etc. Constitui-se, assim, “*um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber*”(Foucault 2000, p110)<sup>25</sup>. Essa disciplinarização é um poderoso movimento de aumento de controle na vida hospitalar. Tudo aponta para o sentido de normalizar e avaliar todos os aspectos da vida hospitalar, de capturar de todas as formas possíveis os espaços de autonomia dos trabalhadores, em particular dos médicos. O aspecto disciplinar que caracteriza a instituição hospitalar, através de seu modelo de gestão, é, em princípio, facilitador para implementar uma racionalidade administrativo-gerencial, mas não o suficiente para torná-la totalmente eficaz no interior da Instituição, tendo em vista também o que diz Friedberg (1993)<sup>26</sup>:

*O ator procurará sempre manter ou recuperar uma margem de liberdade em relação às regras estabelecidas no jogo social (...) que irá se configurar em mais ou menos poder tanto quanto for a sua liberdade ou a autonomia que ele conseguiu dispor para suas transações com os outros e que determina a previsibilidade do seu comportamento para com os outros.*

Isto nos possibilita afirmar que, mesmo as formas de disciplinamento mais rigorosas, não impedem alguma expressão da liberdade e da autonomia dos grupos, em particular dos médicos, pela prática autônoma constituída historicamente.

Tomando como análise a implantação de novos processos de trabalho no hospital, é fundamental compreender que regras, modelos e modos de funcionamento que são implantados pela direção estão condicionados sempre, e em grau, à aceitação ou adesão dos trabalhadores em geral, mas dos médicos em particular. Sempre haverá, por parte dos atores, uma rejeição ou negação como modo de exercer o poder, induzir alguma forma de negociação e preservar espaços de autonomia numa disputa entre os interesses individuais sobre os institucionais.

---

<sup>25</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*, op. cit.

<sup>26</sup> FRIEDBERG, E. *O Poder e a Regra: dinâmicas da ação organizada*, op. cit. p.122-124

O hospital é, portanto, uma instituição fortemente marcada pela disciplina como mecanismo de regulação interna e de implementação de uma racionalidade administrativo-gerencial, necessários à produção dos múltiplos processos de cuidado. É também lugar de disputa entre autonomia e controle, autoridade formal e informal, liberdade e constrangimento.

Friedberg (1993)<sup>27</sup> chama a atenção para as repercussões das transformações ocorridas ao longo dos anos pelas organizações: “*esta transformação vai no sentido de um abrandamento dos conformismos e dos constrangimentos produzindo organizações mais ágeis, mais fluidas e também mais política*” (p.103). A abertura identificada pelo autor sinaliza que as organizações não foram sempre nem tão abertas, nem tão rígidas. Sempre encontraram alguma fenda que as fizeram se transformar. Considera que, internamente, o seu funcionamento

*Tornou-se no seu conjunto mais tolerante, mais participativo e mais igualitário, o que significa que uma visão hierárquica simples deu lugar à uma visão mais negociadora e mais política que reconhece melhor a existência de varias racionalidades e a necessidade de mobilizar os contributos de um e de outros para organizar a sua convergência e a sua coordenação (p.102).*

Neste contexto, abre-se a possibilidade de nós considerarmos a estrutura hierárquica não só como representativa do poder legal formal, mas como lugar de potência, tanto para objetivar as relações, como para transformá-las, ao tratar mais abertamente as negociações necessárias, guiando-nos para a discussão da terceira dimensão do poder, **cooperação/consenso**.

Conforme Cecílio<sup>28</sup>, por esta dimensão, está-se mais atento à idéia de *poder de*, do que de *poder sobre* (presente nas duas dimensões anteriores), tal como apontado em trabalho clássico de Lukes<sup>29</sup>. A visão parsoniana de poder é hegemônica na produção teórica sobre as organizações e é baseada no paradigma estrutural-funcionalista, com sua ênfase nas organizações como “sistemas cooperativos”<sup>30</sup>. Para Parsons, “*a conceituação de poder liga-se à autoridade e busca de metas coletivas, e desassocia-se dos conflitos de interesse e, em*

---

<sup>27</sup> FRIEDBERG, E. *O Poder e a Regra: dinâmicas da ação organizada*, op.cit. p.122-124.

<sup>28</sup> CECILIO, L.C.O. *A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo*, op cit.

<sup>29</sup> LUKES, S. *O poder: uma visão radical*. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 1980. 72p.

<sup>30</sup> BARNARD, C.. *As funções do executivo*. São Paulo: Editora Atlas, 1971. 322 p.

*particular da coerção e força*” (p.24)<sup>31</sup>. Essa conceituação, portanto, pressupõe o aspecto harmônico das relações a partir da convergência de objetivos e metas, negando a existência de interesses distintos entre os sujeitos, pois haveria um compartilhamento ético que nortearia a ação coletiva e individual em torno desses objetivos comuns, resultando no consenso.

Já a concepção arendtiana pode ser identificada em autores que defendem a possibilidade de construção de novos consensos, com relações mais horizontalizadas e abertas à participação, *“rompendo com a relação de “mando e obediência” introduzindo um outro sentido de poder, o da possibilidade do consentimento”* (ARENDDT, 2001, p. 34)<sup>32</sup>. Esse poder só existiria a partir da existência do grupo e da sua condição de permanente união.

A idéia central apresentada por Cecílio (2008) em sua tese de livre-docência é a de que:

*As três dimensões do poder estão presentes, de forma imanente, em todas as organizações, e nas hospitalares em particular. Levá-las em conta em suas especificidades constitui um dos maiores desafios para a função gerencial. Frequentemente, modelos de gestão do tipo participativo, mais “democráticos”, que enfatizam a dimensão cooperação/consenso, deixam na sombra as outras dimensões do poder, o que pode explicar certo “mal-estar da organização”, ou seja, os trabalhadores são, de alguma forma, subestimados na sua capacidade de percepção das contradições entre os vários tipos de sentidos da vida organizacional sinalizados pela direção e operacionalizados, em particular, pelas gerências que lhe são mais próximas<sup>33</sup>. Esse paradoxo está inexoravelmente presente na função gerencial: bater, disciplinar, controlar, vigiar e punir, mas também afagar, convocar para a cooperação, exercer a sedução e o agir comunicativo, para a construção de fugazes consensos em torno de convocatórias para a ação, em torno dos “objetivos organizacionais”. Alinhamento de vetores dissonantes em relação ao grande vetor da macrorracionalidade pretendida pela organização (CECILIO, 2007)<sup>34</sup>*

**A Dimensão C:** Nesta terceira dimensão da micropolítica do hospital, veremos que, apesar de sua aparente externalidade ou distinção em relação às demais A e B, ele determina e interfere decisivamente no hospital, afetando sua dinâmica e sua gestão. Trata-se da **institucionalidade do hospital**, expressa no tipo de regime jurídico adotado, com conseqüente definição do tipo de financiamento do hospital e as várias modalidades de pagamento como, por produção, orçamentação ou oferta de serviço ao mercado. Expressa-se, também, na definição do modelo

---

<sup>31</sup> LUKES, S. *O poder: uma visão radical*. Op cit. p.24.

<sup>32</sup> ARENDT, H., *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará. 2001. 114p.

<sup>33</sup> CECÍLIO, L.C.O. *Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital*. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n..2, p.315-329, 1999.

<sup>34</sup> CECILIO, L.C.O. *A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo*, op. cit.



assistencial, que pode ser menos ou mais articulado ao SUS, com responsabilidades menos ou mais explicitadas numa “grade de referência”, com maior ou menor pactuação de responsabilidade territorial e de perfil de paciente, com ou sem barreiras de acesso. Pode-se incluir nessa dimensão o tipo de estrutura organizacional, podendo ser do tipo mais “clássico” com suas linhas de mando verticalizadas, hierarquizadas, ou mais fluidas, com um desenho organizacional mais horizontalizado, prevendo dispositivos de descentralização e participação dos trabalhadores e usuários. Haveria ainda outro aspecto que compõe esta dimensão: a cultura organizacional, que se traduz no conjunto de valores, crenças, regras e hábitos e que constituiu historicamente o hospital<sup>35</sup>.

Um aspecto atual de muito interesse ao se discutir a **institucionalidade do hospital** é a modalidade jurídica que adota.

Nos últimos anos, a modalidade jurídica do hospital tem ocupado a agenda de muitos dirigentes e governantes; entre vários motivos, pelas dificuldades e entraves burocráticos presentes na administração pública, mas também pelo que representa o hospital no gasto em saúde, que é equivalente à metade dos gastos nacionais com saúde<sup>36</sup>, razão pela qual vêm sendo exigidas novas formas de se fazer sua gestão.

Desencadeada na década de 90, a reforma do estado assinada por Bresser Pereira<sup>37</sup> propôs uma nova forma de organização e participação do Estado nas políticas públicas, com o objetivo de transformar o modelo de administração pública vigente. De acordo com o autor, a *nova* administração pública se diferencia da administração pública burocrática por seguir os

---

<sup>35</sup> RIVERA, F.J.U. Cultura e liderança Comunicativa. IN: \_\_\_\_ *Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 185-218.

<sup>36</sup> BRAGA NETO, F.C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I.S. Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências. IN: *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. GIOVANELLA, L. et al.(org). Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2008. p. 665-704.

<sup>37</sup> BRESSER PEREIRA, L.C. A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova - Revista de Cultura Política*, São Paulo, v. 45, p. 49-95, 1998.

princípios do gerencialismo, transformando uma cultura burocrática em uma cultura gerencial<sup>38</sup>. Conforme Fadul e Souza (2006)<sup>39</sup>, o gerencialismo consiste em:

*Valorização do serviço público a partir da adoção de técnicas gerenciais das empresas privadas. O pensamento corrente é o de que todas as vezes que o serviço público necessita melhorar a qualidade de seus serviços e buscar a eficiência, deverá recorrer às técnicas e aos processos de reestruturações organizacionais utilizados pelas empresas privadas.*

A autonomia administrativa e financeira conferida ao hospital através dessas modalidades jurídicas permite ter a gestão de meios facilitada, com impactos significativos na agilidade da aquisição de insumos e materiais, de contratação de serviços de infraestrutura e, principalmente, de contratação de pessoal, pois não está obrigada a cumprir as legislações do setor estatal, operando na lógica do mercado. A repercussão de tal modelo sobre a gestão do cuidado se traduz, por um lado, pela disponibilização de recursos de forma mais eficaz e, por outro, pela crescente racionalização das práticas de saúde, evidenciada pela adoção crescente de mecanismos de controle e melhorias de processos de trabalho tais como uso de protocolos e rotinas, programas de qualidade, sistemas de custos, indicadores de desempenho, dentre outros, impostas pela condição de parceria, que exige mecanismos de acompanhamento e controle, introduzindo relações de petição e prestação de contas, centradas especialmente no cumprimento de metas de resultados financeiros e de produção.

A efetivação da oferta de serviços para o atendimento às necessidades de saúde, a partir dessa institucionalidade, baseia-se em um conjunto de fatores que levam em consideração ações de controle, eficiência e competitividade máximas, valores do modelo gerencialista que interferem no modelo assistencial do hospital, culminando em uma “carteira de serviços” nem sempre compatível com as demandas e necessidades do usuário e do sistema de saúde, como, por exemplo, o acesso ao serviço de emergência com “porta referenciada”, sem atendimento à demanda espontânea, e todo um conjunto de procedimentos assistenciais e de diagnóstico que

---

<sup>38</sup> PAULA, A.P.P. Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. *Rev de Administração de Empresas*, v. 15, n. 1, Jan/Mar. 2005.

<sup>39</sup> FADUL, EMC; SOUZA, AR. Analisando a interface entre o gerencialismo, a criação das agências reguladoras e a inovação institucional. In: *XXX ENANPAD*, 2006. Anais do XXIX Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração ENANPAD. Rio de Janeiro : Anpad, 2006.

deixam de ser ofertados. Essa é uma característica de grande parte dos hospitais públicos que operam nessa modalidade jurídica de direito privado, porque a porta referenciada proporciona controle sobre a demanda, evitando a variabilidade das despesas, tornando estável o gasto orçamentário. Em contraposição a esse, está o acesso da livre demanda, que incorrerá em imprevisibilidade do número de atendimentos e, principalmente, do perfil de pacientes internados, o que significa que, mesmo as difundidas eficiência e efetividade da gestão não garantem o adequado equilíbrio entre receita (orçamento) e despesa.

Entretanto, há os hospitais que não controlam acesso e por isso têm características totalmente diferentes, assumindo radicalmente responsabilidades perante o SUS e a população, tendo seu perfil definido pelas necessidades dos usuários, articulado com a rede de serviços. Estas instituições convivem com o paradoxo da equidade e universalidade *versus* sustentabilidade e, para alcançar os resultados esperados, precisam imprimir, com mais ênfase, uma racionalidade administrativo-gerencial para tornar sua gestão mais eficiente, eficaz e efetiva, na qual os mecanismos de coordenação e controle se apresentam como “meios” para garantir os “fins”, assumindo claramente princípios do gerencialismo, mesmo quando compromissado com uma política pública como é o SUS. Isso é tanto para os dirigentes como para os trabalhadores, equação difícil de ser resolvida e mantida, em particular pela crescente ascensão do individualismo e seu conseqüente descaso pelo fim coletivo e pela pressão que exerce uma gestão com características do gerencialismo. Sendo assim, a institucionalidade do hospital, traduzida em sua modalidade jurídica de direito privado, tanto pode ser facilitadora, no sentido de maior flexibilidade administrativa, com melhor disponibilização de recursos, e também mais fluidas para inovações em seus processos de trabalho, como pode ser vista como um movimento de racionalização crescente da vida hospitalar<sup>40</sup>, com repercussões ainda não previstas sobre a vida organizacional.

**A Dimensão D:** esta dimensão é mais sistêmica e remete à discussão relativa ao contexto macrossocial e à política de saúde que afeta e determina a articulação do hospital ao sistema de saúde. Originalmente, o lugar do hospital no sistema de saúde foi concebido a partir do

---

<sup>40</sup> CARAPINHEIRO, G., *op. cit.*, p.133-148.

movimento da reforma sanitária, como parte de um sistema hierarquizado, regionalizado, tendo-se definido os fluxos e processos a partir de uma matriz organizativa. Esse modelo piramidal foi debatido por Cecílio<sup>41</sup> como um ideário que não se concretizou, apesar de todo reconhecimento da sua “*justeza*” pelos princípios que representa, configurando-se, nesse sentido, “*como uma racionalidade normativa tecnocrática, distanciada do cotidiano dos usuários do Sistema*”<sup>42</sup>.

Na busca pelo atendimento das suas necessidades, a população usuária procura acessar aquele serviço que mais pode oferecer recursos para atender suas necessidades e obter o cuidado integral<sup>43-44-45</sup>, mostrando-se como sujeito intencional, fazendo jus como cidadão ao direito à saúde. Apesar da importância do debate e da extensa bibliografia em torno do tema da integralidade, especialmente a produção do Lappis – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, o que buscamos focalizar é a representação do hospital na organização do modelo assistencial.

A partir da organização da rede de cuidado, especialmente a atenção básica, esperava-se que o hospital deixasse de ser a porta de entrada ao Sistema de Saúde, redefinindo seu papel como um lugar reservado aos pacientes em condições clínicas mais severas, que exigem cuidados contínuos e em situações de risco. Entretanto, apesar de avanços na organização da atenção primária, ainda permanecem as restrições ao atendimento das necessidades mais agudas. Para

---

<sup>41</sup> CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada”. *Cad Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set, 1997.

<sup>42</sup> OLIVEIRA, L.H, MATTOS, R.A, SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.5, p. 1929-38, 2009.

<sup>43</sup> CECÍLIO, L.C.O, MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. IN: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p.197-210.

<sup>44</sup> FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. A Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das Linhas do Cuidado IN: MERHY,EE, et al.*O Trabalho em Saúde:Olhando e Experimentando o SUS no Cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2ª ed, 2004. 296 p.

<sup>45</sup> CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. IN: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.

ilustrar um pouco essa afirmação, Franco (2006)<sup>46</sup>, referindo-se a fortes amarras impostas pela norma para produzir o cuidado, lembra:

*A organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada; o Programa Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos (...).*

Em contraposição, o serviço de emergência apresenta-se como facilitador do acesso, pela maior disponibilidade de horário de atendimento (24 horas/dia), com médicos de plantão e especialista, a garantia da consulta médica, mesmo com longa espera, a possibilidade de realização imediata de procedimentos diagnósticos, a existência de recursos tecnologicamente mais sofisticados e a maior facilidade de acesso à internação hospitalar.

Oliveira *et al*<sup>47</sup> descrevem:

*O usuário, apesar de demonstrar conhecer as normas do sistema de saúde pautadas na lógica territorial, na hierarquização e o conceito de porta de entrada pela atenção básica, ele procura, em sua busca por assistência, outros aspectos da realidade que lhe proporcionem melhor possibilidade de acesso (p.1930)*

Podemos observar, a partir desse cenário, que o usuário não se prende a normas ou regras do sistema, em particular às do hospital, como o presente estudo irá evidenciar. Ele busca a porta de entrada como um movimento de liberdade, segundo seus critérios e suas estratégias. Ainda conforme o autor acima, a população faz escolhas pautadas na avaliação que realiza dos serviços em relação à acessibilidade, confiabilidade e resolubilidade, mas também, como afirma Gerhardt<sup>48</sup>, “*as estratégias desenvolvidas pelos indivíduos e os discursos que as acompanham são elaborados a partir de instituições, representações coletivas e relações sociais que os indivíduos reinterpretem, recompõem, em função das situações e restrições existentes*” (p. 2451).

---

<sup>46</sup> FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro, R. e Mattos R.A. (Orgs.), *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p. 459-473.

<sup>47</sup> OLIVEIRA, L.H, MATTOS, R.A, SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial, *op cit.*, p.1930.

<sup>48</sup> GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2449-463, 2006.

Percebe-se que não se trata de desinformação da população usuária, e, conforme Oliveira,<sup>49</sup>

*O usuário, em sua experiência cotidiana com os serviços de saúde, “apreende da realidade” determinadas regras sociais (não ditas, não normatizadas) e, a partir de sua necessidade de acesso, ele reinterpreta essas regras e constrói estratégias que visam garantir a obtenção do atendimento da maneira mais adequada a ele (p.1932).*

As mudanças implementadas para uma reorientação do modelo assistencial têm sido insuficientes para evitar o que é presenciado nos serviços de emergência – superlotação com grande volume de casos de baixa complexidade<sup>50-51</sup>. O hospital, se inserido no sistema, norteador pela necessidade do usuário, com porta aberta para demanda espontânea, convive permanentemente com a tensão desencadeada pela desproporção entre capacidade de oferta e demanda de atendimento.

### **A Vida Organizacional: resultado de variada gama de negociações**

Por tudo isso que se viu sobre o complexo território micropolítico do hospital, consideramos que o conceito de ordem negociada, tal como apontado por Anselm Strauss(1963)<sup>52</sup>, pode ser facilitador tanto para uma melhor compreensão da complexidade da vida organizacional, como para contribuir para o aperfeiçoamento de seus processos de gestão. Também o conceito de troca negociada, na linha defendida por Erhard Friedberg (1993)<sup>53</sup>, para quem a ordem local é sempre o resultado parcial, provisório e contingente de uma construção social, pode trazer importantes contribuições para uma nova abordagem da vida hospitalar.

---

<sup>49</sup> OLIVEIRA L.H, MATTOS, R.A, SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial, *op cit.*, p. 1932.

<sup>50</sup> BITTENCOURT, R J; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1439-1454, 2009.

<sup>51</sup> SÁ, M. C.; CARRETIRO, T.C.;FERNANDES, M.I.A. Limites do Cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1334-43, 2008.

<sup>52</sup> STRAUSS, A. SCHATZMAN, L.; EHRLICH, D. et al. The Hospital and its Negotiated Order: IN: FRIEDSON, E. *The Hospital in Modern Society*. New York: The Free Press of Glencoe, p.147- 69.

<sup>53</sup> FRIEDBERG, E. *O Poder e a Regra: dinâmicas da ação organizada*, *op.cit.*. 412 p.

Strauss considera a vida organizacional como resultado de uma vasta e variada gama de negociações. Salienta que o hospital é um lugar altamente profissionalizado, com profissionais de diferentes formações, experiências, posição hierárquica e localização na divisão do trabalho, chamando a atenção para o fato de que, mesmo em posições hierárquicas iguais, a eles correspondem *status* de poder diferenciados (p. 150-151). É, portanto, atravessado por esses vários elementos que constituem a base para os múltiplos processos de negociação. Acrescenta que a base para os processos negociativos estaria sustentada sobre o objetivo básico do hospital que é recuperar o doente para o mundo exterior em condições de saúde física e mental.

Mesmo se os objetivos organizacionais se diferenciarem dos objetivos particulares de cada grupo, esse seria um ponto que não é possível ignorar, o que ele chamou metaforicamente de “cimento simbólico” da organização que propicia coesão institucional e representa o acordo para a organização poder funcionar (p.154). Esse objetivo, embora nunca sendo claramente contestado frente a quaisquer outros objetivos, é usado como justificativa para a confrontação e conflito de objetivos particulares, o que demanda múltiplos processos negociativos para compatibilizar as diferentes ideologias, práticas profissionais e as diferentes concepções quanto à etiologia e tratamento das doenças, as quais estão contidas nas razões que levam os profissionais a participar na divisão do trabalho em saúde para a produção do cuidado. (CARAPINHEIRO, 1994, p.63)<sup>54</sup>.

Construída no campo do interacionismo simbólico, a ordem negociada seria uma alternativa às teorias tradicionais da determinação estrutural das condutas organizacionais, e adota três conceitos básicos: “negociação”, para referir-se às interações e às estratégias levadas a cabo pelos participantes; “contextos de negociações”, que seriam os traços relevantes dos “lugares” onde ocorrem as negociações, condicionando-as; “contexto estrutural”, como as circunstâncias mais amplas que transcendem os contextos de negociação.

---

<sup>54</sup> CARAPINHEIRO, G., *op cit.*,p.63.

Como enfatizado por Cecílio (2002)<sup>55</sup>, o que há de instigante e que se pode considerar operacionalizável nessas formulações é a idéia de que os contextos de negociação fariam a mediação entre os contextos estruturais e os processos negociativos. Poderiam ser vistos como dispositivos com historicidade, construídos e abandonados pelos atores sociais, em um permanente processo de negociação e renegociação.

Assim o hospital, na perspectiva da ordem negociada, apresenta-se como um lugar onde os profissionais estão envolvidos em complexos processos negociativos para atingir propósitos individuais e para trabalhar no contexto da divisão do trabalho estabelecida segundo objetivos institucionais, clara ou vagamente explícitos (Strauss, p. 167).

Friedberg (1993)<sup>56</sup> nos apresenta uma discussão acerca da dimensão organizacional, do complexo universo das relações humanas e da interação social como sendo sempre potencialmente instável, conflituoso, contingencial e provisório, resultante da construção de uma ordem local, a partir da ação coletiva dos homens, o que contradiz a ordem desejada e imposta por uma racionalidade instrumental, de uma organização com estrutura sempre estável, fixa e formalizada, disciplinada pelas relações fim-meios, claras e explícitas. A construção da cooperação e coordenação aparece como problema central, e a tentativa de regulá-lo se “dá pelo desenvolvimento das técnicas, das medidas e das regras, mas que são insuficientes e renascem permanentemente dos processos de interação através dos quais os interessados procuram reencontrar um mínimo de iniciativa e de capacidade de ação autônoma” (p.12). Ainda para o autor, a interação humana é subtendida por interesses, intenções e estratégias, que irão gerar relações de força que se ajustam pela negociação e discussão.

Chama a atenção para o fato de que a interdependência entre os atores nos processos de organização é condição indispensável para a cooperação, mas ainda assim o ator conserva um

---

<sup>55</sup> CECÍLIO, L.C.O., et al. Administração Gerencial em uma organização Governamental de Saúde. *Revista do Centro Geral de Reabilitação*, Belo Horizonte, v. 1, p.10-20, 2002.

<sup>56</sup> FRIEDBERG, E. *O Poder e a Regra: dinâmicas da ação organizada*, op.cit.



grau de autonomia e de busca por interesses muitas vezes divergentes, razão para os conflitos. *“A alternativa estaria na negociação como mecanismo de troca onde não haveria perdedores. Sempre haverá ganhos.*

As transformações sofridas pelo hospital, causadas tanto por fatores externos que não podem ser antecipadamente controlados através de qualquer tipo de regulação formal, como também por fatores internos inesperados, decorrentes de políticas ou de negociações internas, estariam no cerne de uma cadeia sucessiva de processos de negociação, permitindo a origem de novos acordos para uma nova ordem organizacional.

A capacidade de negociação e de formação de consensos em torno dos objetivos institucionais é condição essencial para o sucesso na institucionalização de novos modos de operar a produção do cuidado no hospital. Exige, dos seus dirigentes, posicionamento e estratégias com permanentes processos de negociação, para que o hospital cumpra sua missão no Sistema de Saúde de acordo com as demandas e necessidades dos cidadãos e não seja lugar de reprodução dos interesses corporativos, nem tampouco reduzido a mero prestador de serviços de saúde, deslocado do seu papel de produtor de ciência e formador de profissionais para a saúde.

## **ARTIGO 1**

# **CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester.**

Este artigo apresenta uma revisão crítica da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester disponível até outubro de 2009. Discute as particularidades e potencialidades do Sistema de Triagem de Manchester para classificação de risco, a partir da experiência internacional de sua utilização. Sua formatação seguiu as regras de publicação do periódico científico ao qual foi submetido.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester.**

**RISK CLASSIFICATION IN EMERGENCY DEPARTMENTS: discussing the Literature about the Manchester Triage System.**

**RESUMO**

Dentre as áreas de produção do cuidado no hospital, o serviço de emergência destaca-se como espaço particularmente importante e complexo. A demanda maior do que a capacidade de atendimento evidencia um cenário nacional e internacional de constante superlotação. A classificação de risco é um dispositivo de ordenamento das portas de entrada por critério de risco clínico, e são vários os sistemas de triagem ou protocolos de classificação de risco existentes no mundo. O Sistema de Triagem de Manchester foi implantado pela primeira vez no Brasil em 2008, como parte da política de saúde do Estado de Minas Gerais. Este artigo apresenta os principais protocolos de classificação de risco e, de maneira particularizada, a revisão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. Para a revisão da literatura, foi realizada pesquisa nas bases do MedLine/PubMed, Cochrane, CAPES(LILACS, Web of Science, Scopus, Biological abstracts, Banco de teses) e Google acadêmico. A revisão da literatura permitiu certificar que o STM já possui produção científica que o caracteriza como um sistema válido e confiável, que pode ser utilizado com segurança em serviços de emergência.

**PALAVRAS-CHAVE:** Classificação, Triagem, Serviço Hospitalar de Emergência, Política de Saúde.

## **ABSTRACT**

The emergency service stands for a particularly important as well as complex space within the health care production areas in a hospital. Constant overcrowding is evident either on a national or international scenario when demand outgrows attendance. The risk classification is a systematic device to organize admission according to clinical risk criteria. Several triage systems or risk classification protocols are to be found worldwide. The Manchester Triage System was first employed in Brazil in 2008 as a part of the Health Care Policy in the State of Minas Gerais. The present paper presents the main risk classification protocols in a particular way, in addition to a review on the literature about the Manchester Triage System. For literature review, research was carried out on the MedLine/PubMed, Cochrane, CAPES databases (LILACS, Web of Science, Scopus, Biological abstracts, Databases for Theses and Dissertations), and Google Scholar. The review of the literature led to certify that the STM has already scientific production that characterizes it as a valid and reliable system that can be safely used in emergency services

**KEYWORDS:** Classification, Triage, Emergency Service Hospital, Health Policy.

## INTRODUÇÃO

Dentre as áreas de produção do cuidado no hospital, o serviço de urgência e emergência destaca-se como espaço particularmente importante e complexo, motivo pelo qual o Ministério da Saúde definiu políticas específicas para a área, tais como a Portaria Ministerial Nº 2048 de 05/11/2002, a Portaria GM/MS n.º 1.863, de 29/09/2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (2003) que apresentou o Acolhimento com Classificação de Risco como dispositivo para qualificar as portas de entrada dos serviços de urgência e emergência e o Qualisus – Programa de qualificação do atendimento às urgências e emergências hospitalares (2004), apresentado como estratégia de melhoria dos serviços de urgência e emergência do SUS.

Com a modificação do perfil epidemiológico da morbi-mortalidade nas áreas metropolitanas, e especialmente com o crescimento da importância das causas externas, o atendimento de urgência ganha maior relevância e aponta a proporção desigual entre a oferta de recursos e demanda dos usuários, evidenciando um cenário nacional e internacional de serviços de emergência “porta aberta” superlotados<sup>1</sup>. Isso impõe a necessidade de adoção de dispositivo com capacidade de contribuir para a priorização do atendimento, não só como meio de aliviar o sofrimento, mas principalmente de salvar vidas. No Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Saúde, na sua Política de Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Estado<sup>2</sup>, firmou parceria com o Grupo Português de Triagem, para a implantação da classificação de risco através do Sistema de Triagem de Manchester – STM.

Existem vários sistemas para classificação de risco em uso no mundo, mas o STM está sendo utilizado pela primeira vez no Brasil. Este artigo apresenta a produção científica sobre o protocolo com o objetivo de identificar, dentre outros aspectos, se ele pode ser considerado como um sistema válido e confiável, que pode ser utilizado com segurança em serviços de emergência. Suas características, potencialidades e fragilidades também foram evidenciadas no presente artigo.

## MÉTODO

Para a revisão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester foi realizada pesquisa nas bases do MedLine/PubMed, Cochrane, CAPES(LILACS, Web of Science, Scopus, Biological abstracts, Banco de teses) e Google acadêmico, realizada em 19/10/2009, com os termos ("triage"[MeSH Terms] OR "triage"[tiab]) AND ("Emergency Medical Services"[Mesh:noexp] OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Trauma Centers"[Mesh] OR "emergency"[tiab] OR "Emergicenter"[tiab] OR "Trauma Center"[tiab]) AND ("manchester triage" OR "MTS"[tiab]) AND ("1998/01/01"[PDAT]). Nenhum artigo foi obtido anterior a data de 1998. Foram encontrados 26 artigos e debates publicados em periódicos da Europa no período entre 1999 até outubro de 2009, e que demonstram a recente produção sobre validade e confiabilidade do STM e outros aspectos relacionados à sua utilização em Serviços de Urgência e Emergência.

### **TRIAGEM CLASSIFICATÓRIA: da história aos diversos sistemas para serviços de emergência**

O termo triagem vem do verbo francês *trier* que significa tipar, escolher, separar. A triagem foi utilizada pelos militares como método de apoio à guerra. É atribuído a Jean Dominique Larrey, cirurgião do exército de Napoleão na Revolução Francesa, a concepção do método, que constituía em avaliar rapidamente e identificar os soldados feridos, separar os que exigiam atenção médica urgente e priorizar o tratamento para recuperá-lo o mais rápido possível para o campo de batalha. Este processo aperfeiçoou-se ao longo dos anos, mas sempre relacionado às guerras ou às grandes catástrofes não sendo aplicado à população civil até a década de 60 quando evidencia-se nos Estados Unidos um crescente processo de mudança da prática médica, com reflexos na procura pelos serviços de urgência. Esta situação levou a necessidade de classificar os doentes e determinar aqueles que necessitavam de cuidado imediato<sup>3</sup>.

Para Jiménez, os objetivos da triagem ou da classificação de risco são<sup>4</sup>:

- Identificar rápido os pacientes em situação de risco de vida;

- Determinar a área mais adequada para tratar o doente que se apresenta ao serviço de emergência;
- Reduzir o congestionamento nas áreas de tratamento do serviço de emergência, para melhoria do fluxo de pacientes;
- Garantir a reavaliação periódica dos pacientes;
- Informar os pacientes e famílias o tipo de serviço que necessita e o tempo estimado de espera.
- Assegurar as prioridades em função do nível de classificação;
- Contribuir com informações que ajudem a definir a complexidade do serviço, casuística, eficiência, carga de trabalho, consumo de recursos e satisfação do usuário;
- Priorizar apenas o acesso ao atendimento e não fazer diagnóstico.

Dentre os sistemas de triagem mais utilizados no mundo, destacam-se quatro:

#### 1. Emergency Severity Index-ESI

É um sistema de triagem utilizado nos Estados Unidos desde 1999<sup>5</sup>. A prioridade é definida através de um único fluxograma, com avaliação dos recursos necessários para a adequada assistência. Não há determinação quanto ao tempo para atendimento. Cada instituição determina a sua norma interna. Apresenta 5 níveis de prioridade:

Nível 1, emergente: avaliação médica imediata.

Nível 2, urgente: recomenda-se não mais que 10 minutos para o atendimento

Nível 3: Os sintomas relacionam-se com doença aguda, e os fatores de risco não indicam um risco de deterioração rápida.

Nível 4: Pacientes com queixas crônicas, sem ameaça à função de órgãos vitais.

Nível 5: Os pacientes apresentam-se estáveis e não necessitam de recursos.

A previsão dos recursos é utilizada apenas para pacientes menos graves; sendo assim, os que necessitam de dois, um ou zero recursos são classificados como 3, 4 e 5, respectivamente.

#### 2. Australasian Triage Scale (ATS)

Na Austrália, em meados dos anos 70, desenvolveu-se uma escala de cinco prioridades baseada em tempo alvo e cor. Nos anos 1990, foi modificada e adotada como parte da política

de triagem pelo Australasian College for Emergency Medicine-ACEM<sup>6</sup> e em 2000 passou a se chamar Australasian Triage Scale (ATS).

Compreende cinco categorias de urgência. A cada uma dessas categorias corresponde uma série de descritores clínicos, que vão desde sintomas a parâmetros clínicos e comportamentais. Não contém parte específica para crianças. É aplicada por enfermeiros, que utilizam essa lista de descritores clínicos para atribuir uma categoria de urgência, assim descritas:

Categoria 1 - Imediata ameaça à vida – imediato.

Categoria 2 - Iminente ameaça à vida - 10 minutos.

Categoria 3 - Potencial ameaça à vida - 30 minutos.

Categoria 4 - Pacientes sérios potencialmente - 60 minutos.

Categoria 5 - Pacientes menos urgentes - 120 minutos.

### 3. Canadian Triage and Acuity Scale(CTAS)

Foi editada em 1998 e é baseada no estabelecimento de uma relação entre um grupo de eventos sentinelas, que são definidos pelos diagnósticos da International Classification of Diseases, 9th revision - CID-9 CM (posteriormente atualizada pela CID 10 CM), e as condições mais frequentes apresentadas pelos doentes que procuram o serviço de urgência<sup>7</sup>. Foi implantada no Canadá em 1999 e é utilizada amplamente em todo o país.

A escala apresenta cinco níveis, que correspondem a uma cor e tempo alvo, assim descritos:

Nível 1 - Reanimação – Azul: imediato.

Nível 2 - Emergente – Vermelho: 15 minutos.

Nível 3 - Urgente - Amarelo: 30 minutos.

Nível 4 - Menos Urgente ou Semi-urgente – Verde: 60 minutos.

Nível 5 - Não Urgente – Branco: 120 minutos.

### 4. Sistema de Triagem de Manchester

Foi desenvolvido pelo Manchester Triage Group e começou a ser utilizado nos serviços de emergência do Reino Unido a partir de 1996 e no Brasil em 2008, razão pela qual será analisado de forma particularizada nesse artigo.



## **O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER –STM**

Conforme Mackway-Jones, Marsden e Windle, 2006<sup>8</sup>, *triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade exceder a capacidade.*

Assim como nos outros sistemas, o Sistema de Triagem de Manchester possui cinco categorias ou níveis. A cada categoria é atribuído um número, cor, nome e tempo alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico, como descrito abaixo:

Nível 1 –Emergente, vermelho, imediato.

Nível 2 – Muito urgente, laranja: 10 minutos

Nível 3 – Urgente, amarelo: 60 minutos.

Nível 4 – Pouco urgente - Verde: 120 minutos.

Nível 5 - Não Urgente – Azul: 240 minutos.

Os quatro sistemas de triagens possuem algumas características em comum:

- O objetivo é identificar e separar rapidamente o doente em situação de risco de vida e que precisa ser atendido imediatamente, dos que podem esperar com segurança o atendimento médico;
- Possuem cinco categorias de urgências;
- A numeração das categorias de urgência vai do 1-mais urgente ao 5-menos urgente;
- A dor é um importante critério para medir a urgência;
- Asseguram a reavaliação periódica dos pacientes;
- Contribuem com informações que ajudam a definir a complexidade do serviço e dos fluxos internos;
- Determinam a área mais adequada para atendimento conforme risco;
- A triagem é realizada pelo enfermeiro.

Em relação ao STM, Cronin<sup>9</sup>, apresenta um número de vantagens identificadas para sua utilização como: ser internacionalmente reconhecido, confiável e avaliado profissionalmente; tem sido adotado com sucesso em diferentes sistemas de saúde; sustenta o conceito de auditoria individual sobre as triagens realizadas pelos profissionais de triagem; o conceito pode ser expandido para outros Serviços de Emergência com características diferentes; oferece

um roteiro sistemático e lógico para a tomada de decisão e disponibiliza um pacote dedicado de treinamento em triagem.

O STM está implementado, além do Reino Unido, em quase toda a Europa, predominantemente na Irlanda, Portugal, Espanha, Itália, Alemanha, Suécia, Holanda, assim como em Hong Kong e Japão. Em Portugal, foi adotado como política nacional, e está em funcionamento em vários hospitais desde 2000, através do Grupo Português de Triagem (GTP), com o endosso do Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros. Na Alemanha, está implantado através do Grupo de Referência Alemão. O tempo para o atendimento médico foi modificado para utilização em países de língua alemã, passando para: vermelho- imediato, laranja-10 minutos, amarelo-30 minutos, verde-60 minutos e azul-120 minutos<sup>10</sup>.

No Brasil, o Estado de Minas Gerais é pioneiro na utilização do Sistema de Triagem de Manchester e foi adotado como política pública a partir de 2008, principalmente pelo fato de não ser baseado em presunção diagnóstica, ser centrado na queixa apresentada pois, nem sempre um diagnóstico define a urgência do atendimento.

O Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco (GBACR) é o representante oficial do protocolo no Brasil, autorizado pelo Manchester Triage Group –MTG e British Medical Journal, detentores dos direitos autorais do protocolo, e o Grupo Português de Triagem-GPT licenciado pelo MTG para a tradução em língua portuguesa.

Em Portugal, a cor branca é utilizada para categorizar os pacientes que são considerados fora da categoria de urgência, mas que buscam o Serviço de Emergência para atendimentos eletivos, tais como retorno, realização de exames e cirurgias. O Brasil também adotou esta categoria.

O STM contém 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados. Sete fluxogramas são específicos para crianças e dois para catástrofes. A versão original (1997) foi alterada e nova edição publicada em 2006. As principais alterações são relativas ao redesenho e expansão dos fluxogramas, assim como ampliação dos discriminadores de 186 para 195, como, por exemplo, déficit neurológico agudo e alteração da categorização de dor leve para dor recente, inclusão da régua da dor pediátrica, inclusão de regras para realizar auditoria e triagem por telefone. Esta nova versão ainda não foi autorizada para utilização no Brasil.

Os fluxogramas contêm discriminadores gerais e específicos. Discriminadores são sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades possíveis. Podem ser gerais e específicos. Os gerais se aplicam a todos os doentes, independente das condições que apresentam e são características recorrentes nos fluxogramas. São eles: Risco de vida, Dor, Hemorragia, Grau de estado de consciência, Temperatura e Agravamento. Os discriminadores específicos são aplicados para casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características chaves de condições particulares.

A prioridade clínica requer a busca de informações suficientes para alocar o doente em uma das cinco categorias, e determina o prazo máximo para a avaliação médica, como apresentado acima. A última categoria—azul, não urgente, pode exigir maiores informações sobre as necessidades do doente e ser afetada por fatores externos, como hora de chegada ao serviço de emergência, disponibilidade da equipe e de leitos.

O processo de triagem inicia-se com a apresentação da queixa que direciona para o fluxograma específico a ser seguido. Sucessivas questões são feitas relativas aos discriminadores, até que se obtenha uma resposta positiva. Chega-se então à prioridade clínica, definindo o nível de urgência, a cor correspondente e o tempo alvo de atendimento. Portanto, a decisão da prioridade deixa de ser aleatória, subjetiva ou por ordem de chegada, e passa a ser com base em critérios bem estabelecidos. A avaliação de parâmetros clínicos e a percepção visual de sinais de gravidade também compõem o processo de avaliação. A triagem termina com o registro dos dados e o encaminhamento do paciente para a área específica de atendimento ou espera. Entretanto, como se trata de processo dinâmico, pode ser necessária nova reavaliação da prioridade clínica durante a espera do paciente pelo atendimento médico como, por exemplo, se alcançar o tempo limite de espera ou, após a administração de um analgésico. A sala de espera deve ser considerada como uma área clínica .

Dentre as orientações do STM, destaca-se a necessidade de se distinguir prioridade clínica de gestão clínica. A gestão clínica refere-se a características de cada um dos doentes que afetam o seu tratamento e a ordem do atendimento, como por exemplo, idosos, portadores de necessidades especiais, detentos, alcoolizados ou drogados etc. Além disso, aspectos relacionados ao serviço, tais como, composição da equipe, super lotação da unidade, muitos pacientes graves ao mesmo tempo, que podem aumentar o tempo de espera e insatisfação do paciente. Cada serviço deve desenvolver meios para lidar com estas situações.

Um importante componente do STM é a avaliação da dor. A dor é um elemento importante porém difícil por compreender aspectos subjetivos e complexos envolvendo tanto o paciente, como o profissional de triagem. A escala de dor de Manchester é numérica e visual e vai do zero - sem dor, ao 10 - a pior dor. A cada número da escala corresponde uma classificação de dor e uma prioridade, podendo ser leve e recente - com início até 7 dias(1 ao 4) correspondente a prioridade verde, moderada(5 ao 7) - prioridade amarela, ou severa (8 ao 10) - prioridade laranja. A mesma escala é utilizada em pediatria, mas foi acrescida, nessa nova edição, de uma série de imagens estilizadas do ursinho panda, para ser usada em crianças menores.

Um dos instrumentos de avaliação utilizados para avaliação da dor em crianças mais reconhecido e validado é a escala de dor Oucher Scale<sup>11</sup>. Este trabalho testou a validade convergente da escala de dor de Manchester quando comparada ao padrão ouro-escala de Oucher, e demonstrou que há uma forte convergência entre as duas escalas, demonstrando que a escala de Manchester pode ser utilizada para avaliar a dor em crianças que se apresentam nos serviços de emergência.

Vários aspectos podem interferir na avaliação da dor, e o enfermeiro deve estar atento a eles, como idade, percepção se a dor está aumentando, a experiência prévia de dor, influências culturais, ansiedade, comprometimento das atividades de vida diária e sinais clínicos de dor.

Conforme Dann, Jackson e Mackway-Jones<sup>12</sup>, ao investigar a apropriada categorização da dor em pacientes classificados no nível pouco urgente-verde e não urgente-azul, detectaram que entre os classificados como verde-pouco urgentes, 28,8%, apresentavam tempo de manifestação dos sintomas acima de sete dias e sugeriram modificações do discriminador passando de dor leve, para dor recente. Esta modificação foi incorporada na segunda edição e se constitui em importante aspecto para reduzir a falsa urgência, deslocando estes pacientes com sintomas de dor acima de sete dias para a categoria não urgente-azul. A administração de analgésicos para pacientes que são classificados com o discriminador “dor”, está descrito no estudo de Willians e Sen<sup>13</sup> que apresenta a experiência de implantação de uma prática de transcrever analgésico no momento da triagem, iniciada em abril de 1998 na Inglaterra, período em que foi implantado também o STM. O termo transcrição foi utilizado para designar “cópia de um documento legal”. O Enfermeiro administra medicamentos aos pacientes por meio de um protocolo escrito por consenso de um grupo multidisciplinar

composto por médicos, farmacêuticos e enfermeiros. Um processo de auditoria foi implantado e os resultados mostraram que muitos pacientes obtiveram um bom alívio da dor enquanto esperavam pelo atendimento médico e não há casos relatados de erro ou efeitos adversos relacionados com as drogas administradas na classificação de risco. Este estudo contribuiu para a inclusão deste procedimento na segunda edição do livro *Emergency Triage*<sup>8</sup>, como mecanismo recomendado para a humanização da assistência.

Uma das condições necessárias para a utilização do STM é a avaliação do processo de classificação de risco através de auditoria. A auditoria compreende a avaliação da classificação de pacientes realizada num determinado período. Dois profissionais treinados e formados pelo GBACR avaliam as fichas de classificação obtidas por amostragem do total de pacientes triados por cada profissional. São identificadas as triagens classificatórias incorretas e/ou incompletas. Os resultados são analisados e comparados. Espera-se o máximo de 5% de triagens incorretas e incompletas, e uma concordância de 95% entre avaliadores.

Dentre as características apresentadas, chama a atenção um importante debate que tem sido realizado acerca da realização da classificação de risco por enfermeiros. Em publicação no *Emergency Nurse*<sup>14-15</sup>, Freitas e Marques, médicos do Grupo Português de Triage, relatam a experiência de cinco anos de utilização do STM em Portugal e apontam as diferenças entre o profissional médico e o enfermeiro na função de triagem. Conforme os autores, o médico, devido a sua prática voltada para a obtenção do diagnóstico, transformam a classificação de risco em consulta. Já a enfermeira é mais disciplinada e consegue manter uma taxa de precisão acima de 95%. Entretanto, não foi encontrado na literatura, nenhum estudo comparativo entre a triagem classificatória realizada por médicos e por enfermeiros e nenhum artigo que relata o médico na função de triador. Um estudo realizado em Hong Kong<sup>16</sup>, descreve a experiência de implantação de um trio de triagem formado por enfermeiro, médico experiente e assistente, que atuam de forma conjunta e simultânea na sala de atendimento, e avalia o efeito dessa forma de atendimento sobre o tempo de espera entre a finalização da triagem até a finalização do atendimento médico. O enfermeiro faz a triagem como habitualmente, o médico avalia e trata o doente, e o assistente auxiliar faz os encaminhamentos para exames, internações etc. Este estudo foi realizado durante oito horas por dia, ao longo de 7 dias, em um grande serviço de urgência, onde 75% dos pacientes triados eram das categorias 4 e 5. Os resultados obtidos foram comparados com os de um grupo

controle de pacientes que foram assistidos na semana anterior sem a implantação da nova modalidade. Foi demonstrado que houve pequena melhora no tempo de finalização do atendimento médico, mas não houve melhora no tempo de espera da classificação para os pacientes de categorias 2 e 3. Entretanto, houve melhora no tempo de espera da classificação e de atendimento médico para as categorias 4 e 5. Observou-se também que este processo teve elevado nível de tensão e desgaste da equipe, podendo ocorrer erros.

Em relação aos pacientes não urgentes, categoria 5, foi publicado em 2003<sup>17</sup>, debate sobre a pertinência da existência desta categoria 5 Azul. Leaman questionou o processo de triagem, em especial o Sistema de Triagem de Manchester, sugerindo que ele foi introduzido com pouca avaliação, e sugere que essa categoria seja abandonada, uma vez que esses pacientes são inadequados para o serviço de emergência e poderiam ser redirecionados para outros serviços de menor complexidade. Também, porque uma equipe experiente e preparada para atender casos de maior complexidade, não deveria se ocupar com esse tipo de doente. Chama a atenção para o longo tempo de espera e, por fim, acrescenta que se o tempo de espera se tornar excessivamente longo no Serviço de Emergência, não seria necessário a triagem, pode-se utilizar do trabalho de enfermeiras bem treinadas para iniciar e completar muitos tratamentos e aponta para o modelo denominado “See and Treat”(Ver e Tratar)<sup>18</sup>, como uma alternativa de melhores resultados.

Esta crítica foi contestada, na mesma edição, com o título “Don’t throw triage out with the bathwater” (não jogue a triagem fora com a água do banho)<sup>19</sup>. Os autores salientam a pertinência da adequada utilização da equipe com casos complexos, mas sugere que os Serviços de Emergência devem estruturar-se para atender os pacientes com menor urgência e que essa é uma organização do atendimento e não uma solução para o “problema” da triagem. Acrescentam que a triagem, através do STM, não é e nem nunca será para reduzir tempo de espera, pois este não é o objetivo da triagem. A triagem foi o primeiro sistema formalizado de gerenciamento de risco clínico, projetada para assegurar que, sempre que a demanda superar os recursos existentes, estes devem ser direcionados para os pacientes com maior necessidade clínica. Nesse sentido, o problema não é a triagem ou o sistema utilizado para decisão clínica, mas a falta de recursos disponíveis para o atendimento de toda a demanda .

No que se refere à falta de avaliação do STM, o Grupo de Triagem de Manchester rejeitou o comentário afirmando ser um sistema desenvolvido por profissionais altamente experientes, testado e submetido à auditoria em nove hospitais de Manchester.

Outra questão importante refere-se ao tempo de espera para a classificação, que muitos serviços reportam superior a 40 minutos, o que seria perigoso e incoerente, já que parece ser o mesmo que transferir a fila da sala de espera para a sala de classificação. A classificação de risco só será dispensável quando os recursos finalmente corresponderem à demanda, o que parece ser utópico, visto que haverá sempre um desequilíbrio entre a oferta e a capacidade de respostas às necessidades da população. Portanto, adotar novas formas de organização do cuidado em unidade de emergência sempre poderá ser necessário.

Hughes<sup>20</sup> chama a atenção para evolução da triagem como processo originado no ambiente militar e sua importância hoje como componente chave da prática clínica, tanto em ambientes de serviços de emergência, como no atendimento de catástrofes. O tempo de espera ideal para o atendimento em cada categoria de triagem pode ser utilizado como um marcador de qualidade e infra-estrutura disponível. Sugere que não se deve perder o rigor e a segurança que a triagem oferece, tanto para os pacientes como para os profissionais.

A capacidade do STM para detectar pacientes criticamente doentes que precisam de internação em CTI foi investigada em 2 estudos. O primeiro<sup>21</sup>, publicado em 1999, analisou 91 doentes internados na unidade de tratamento intensivo procedentes do Serviço de Emergência. 67% dos pacientes foram admitidos no CTI, classificados na categoria 1 e 2 (vermelho e laranja). 18 pacientes foram classificados em categorias erradas pela enfermeira da triagem, seis pacientes classificados na categoria correta, mas pioraram após chegada. Um paciente criticamente doente foi classificado como prioridade 3 (amarelo). O estudo conclui que o STM é uma ferramenta sensível para detectar pacientes que precisam de cuidados em terapia intensiva, mas falhou para detectar alguns pacientes que pioraram sua condição clínica após chegada ao serviço de emergência. Não é um estudo que pôde calcular a especificidade. Acrescenta que o treinamento de enfermeiros no processo de aplicação do protocolo pode aumentar a sensibilidade. O outro estudo<sup>22</sup> procurou identificar o potencial benefício de adicionar, ao STM, sistemas de score fisiológico - ASSIST-Assessment Score for Sick Patient Identification and Step-up in Treatment; MET- medical emergency team; MEWS- Modified Early Warning Score. A comparação da sensibilidade entre os sistemas de score e STM para

previsão de internação no CTI de pacientes que tiveram internações direta da emergência para o CTI, e para outro grupo de pacientes que tiveram internações da enfermaria para o CTI, foi para o STM de 96% e 65% respectivamente, enquanto para o MEWS 77% e 55%, para o ASSIST 22% e 8% e para o METS 1% e 3% , demonstrando que o STM é mais sensível do que os *scores* fisiológicos. Esses teriam identificado apenas um pequeno número de pacientes adicionais como criticamente doentes e pouco acrescentariam ao STM.

A dor torácica foi investigada em dois estudos. O primeiro estudo<sup>23</sup> avaliou todo paciente com dor torácica no Serviço de Emergência do Manchester Royal Infirmary, submetidos à triagem pelo STM. Foi identificada a habilidade dos enfermeiros, usando o STM, para identificar aqueles pacientes com dor torácica que requerem imediata realização do Eletrocardiograma-ECG e avaliação médica em 10 minutos. A sensibilidade foi de 86,8% e a especificidade 72,4%. Treze entre as quatorze enfermeiras acharam que precisam de treinamento em avaliação da dor torácica não traumatológica e isto pode ser um fator para melhorar a sensibilidade, mesmo considerando que o resultado encontrado é bom. Entretanto, para a identificação da dor pleurítica, o estudo<sup>24</sup> realizado em 2003, encontrou uma sensibilidade mais baixa (69,2%), com uma especificidade bem mais elevada (92,7%). O estudo sugere que as enfermeiras deveriam iniciar os exames específicos para este sub-grupo de pacientes, tais como ECG, radiografia e exame de sangue para possibilitar o acesso à terapia trombolítica.

Dois estudos de Portugal investigaram a capacidade do STM para classificar corretamente, pacientes com síndrome coronariana. Um estudo<sup>25</sup> avaliou 278 pacientes com elevação do segmento ST no infarto agudo do miocárdio, admitido na unidade coronariana. 79% dos pacientes foram classificados como urgente ou muito urgente, e 21% como urgente/amarelo. Não houve doente classificados como verde e azul. O número de pacientes classificados como amarelo foi excessivamente alto e pode estar relacionada a erros na triagem e falha intrínseca do STM, por não conseguir incorporar a variabilidade ou riqueza da apresentação clínica, e não incluir a realização do ECG como discriminador no fluxograma da dor torácica. Apesar de 98 % dos pacientes triados como amarelo terem apresentado dor torácica, 47% dos doentes foram classificados em 8 fluxogramas diferentes. A incorreta classificação pelo STM dos pacientes com infarto agudo do miocárdio resultou em significativo aumento da proporção de pacientes que tiveram demora para o atendimento



dentro do hospital, limitando a possibilidade de acesso à terapia de revascularização. O outro estudo<sup>26</sup>, também em Portugal no ano de 2005, avaliou se a triagem de Manchester foi realizada de modo eficiente em doentes internados com Síndrome Coronariana Aguda(SCA). Os resultados mostraram que, entre os doentes, 0.9 % foram classificados como vermelho, 62,3%, laranja, 17%, amarelo e 11%, verde. Em 8% dos doentes não foi possível obter a cor/prioridade atribuída. O tempo entre chegada e a triagem foi de 5,2 minutos e tempo entre a triagem e a observação médica foi 15,1 para laranja, 36,2 amarelo e 35,2% para verdes. O tempo médio entre a observação médica e a internação foi de 144,4 minutos. Entre os pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, 47% são pacientes internados com enfartes com supra desnivelamento de ST e destes, 26% foram triados como amarelos e verdes o que compromete a possibilidade de revascularização com sucesso.

Com relação à capacidade de prever internação e mortalidade, dois estudos<sup>27-28</sup> foram publicados em 2009. Os resultados encontrados por Martins, Cuña e Freitas<sup>27</sup> e Wulp, Schrijvers e Van Stel<sup>28</sup> mostram que o percentual de internação por categoria foi respectivamente de 21,57% e 77% para o vermelho; 21,93% e 45% para o laranja; 6,85% e 28% para o amarelo; 1,84% e 7% para o verde; 1,42% e 3% para o azul e 12,51% para o branco(não há esta classificação no segundo estudo). No total de internações, encontraram respectivamente, 1,66% e 1,9% de pacientes triados como vermelho; 55,8% e 35,5% laranja; 35,94% e 48,9% amarelo; 3,87% e 13,5% verde; 0,3% e 0,1% azul e 1,98% branco. A mortalidade está associada, nos dois estudos, com os níveis mais altos de urgência, sendo 86,26% e 75,9% dos pacientes que morreram classificados como vermelho e 11,26% e 20,7% como laranja. O percentual geral de internação foi de 9,65%(excluído os óbitos) e 21% respectivamente.

O STM foi avaliado em estudo que investigou as prioridades atribuídas aos pacientes internados na unidade de AVC-Acidente Vascular Cerebral<sup>29</sup>, levando em conta as recomendações de otimização do tempo de avaliação médica para o acesso ao tratamento fibrinolítico (que deve ocorrer durante a primeira hora). Este estudo realizado em 2006, antes da implantação das modificações da segunda edição que acrescenta o discriminador déficit neurológico recente, avaliou todos os casos de AVC isquêmico internados na unidade de AVC (158 pacientes), em relação ao fluxograma e prioridade atribuídos pelo STM na triagem. A prioridade atribuída à admissão dos pacientes estudados foi vermelha, 1,9 %, laranja, 16,3%,

amarela, 63,8%, verde, 16,3%. Os Fluxogramas de apresentação foram comportamento estranho com 47,5%, indisposição no adulto-29,4%, cefaléia-9,4%, quedas-2,5%, vômitos-1,9%, estado de inconsciência com 1,9%, dispnéia-1,9%, problemas oftalmológicos-1,3%, convulsões-0,6%, diabetes-0,6%, dor cervical-0,6%, problemas nos membros-0,6% e, outros casos-1,9%. 88% dos pacientes foram triados em 4 fluxogramas: comportamento estranho, indisposição no adulto, cefaléia e quedas. O restante se distribuiu em mais oito fluxogramas. As especialidades médicas da primeira avaliação foram: neurologia, 63%, medicina interna, 35%, oftalmologia, 1,3%, cirurgia geral, 0,6%. A mortalidade foi de 12,3%, com um tempo médio de internação: de 6,7 dias e média de idade de 74,9 anos. O estudo aponta para um importante resultado que é o pequeno número de pacientes (18,1%) para os quais foi garantido o tempo alvo recomendado pelo National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Ao contrário do que acontece no infarto agudo do miocárdio, que tem o fluxograma de “dor torácica”, no AVC não existe essa homogeneidade associada à forma de apresentação, sendo difícil esgotar a globalidade de sua semiologia em um único fluxograma, o que é uma limitação particularmente importante do STM. A segunda edição, introduziu novo discriminador – déficit neurológico recente – para aumentar a sensibilidade do protocolo.

Quatro estudos foram publicados sobre o uso do protocolo em Pediatria<sup>30-33</sup>. Um estudo<sup>30</sup> descreve como o STM foi introduzido numa unidade de emergência pediátrica no Reino Unido e analisa a implantação do STM através do resultado de auditoria. O perfil de pacientes por categoria foi vermelho-3%, laranja-17%, amarelo-36%, verde-44%. A categoria azul foi omitida. O tempo de espera para pacientes classificados como vermelho foi de 1,3 minutos, laranja-30 minutos, amarelo-37,9 minutos e, verde-37,6 minutos. A auditoria proporcionou informações que melhoram e ampliam a prática do enfermeiro e ajudou a definir protocolos de cuidados antes da avaliação médica. O estudo conclui que o STM se mostrou adequado para uso em unidade de cuidado pediátrico. Outro estudo<sup>31</sup> retrospectivo realizado na Holanda, testou a validade do STM correlacionando as categorias de urgência com as informações de sinais vitais, utilização de recursos, hospitalização e uma referência pré-definida para urgência verdadeira. A Sensibilidade foi de 63% para casos emergentes e muito urgentes, com 15% de triagem subestimada. O número de pacientes que usou mais de dois recursos cresceu com o nível mais alto de urgência. O percentual de internação foi, para pacientes classificados como vermelho, de 53,5%, laranja, 28,6%, amarelo, 16,2%, verde,

6,0% e azul, 0,9 %. A especificidade encontrada foi de 78%, e triagem superestimada de 40% nas categorias urgente e menos urgente. O estudo sugeriu modificações no STM para aumentar a especificidade. Outro estudo<sup>32</sup> prospectivo realizado também na Holanda, avaliou o uso do STM num serviço emergência pediátrica, mediante comparação das categorias do STM com uma classificação de referência independente pré-definida. A sensibilidade também foi de 63% e a especificidade de 79%. Entretanto, o STM foi menos sensível para crianças de 0-3 meses (50%). A triagem foi subestimada em 12% e superestimada em 54% dos pacientes. As crianças com problemas clínicos apresentaram 61% de triagem super estimada e 10% de subestimada e as do trauma, 32% e 19%, respectivamente. O estudo conclui que a validade é moderada e necessita estudos de fluxogramas específicos, discriminadores e grupo de idade para os quais o STM tem baixa validade. Apesar de falhar, a triagem superestimada é maior que a subestimada, o que proporciona segurança. O quarto artigo<sup>33</sup> é uma produção recente, publicada em 2009, que revisou a literatura sobre validade e confiabilidade dos sistemas de triagem em emergência pediátrica e concluiu que o Sistema de Triagem de Manchester tem boa confiabilidade, o ESI moderada para boa, o paedCTAS moderada e ATS, fraca a moderada. O STM e o paedCTAS parecem ser válidos para triagem de crianças no Serviço de Emergência, porém mais pesquisas são necessárias sobre validade e confiabilidade quando usado para identificar baixa urgência e para encaminhar o paciente para outro serviço.

Outros estudos<sup>34-37</sup> avaliaram a confiabilidade e ou validade do STM nos Serviços de Emergência geral (adulto e pediátrico). No estudo<sup>34</sup> realizado na Austrália e publicado em 2008, utilizou-se a simulação de 50 cenários de triagem originados de 50 casos de pacientes que foram atendidos antes do início da triagem, avaliados por 20 enfermeiras, totalizando 1000 avaliações com a categoria atribuída. Obteve uma concordância geral de 75%, sendo a menor concordância de 50%. Outro estudo<sup>35</sup> avaliou a confiabilidade interavaliadores e a precisão do STM em serviços de emergência do oeste da Suécia, através da avaliação de 1027 casos simulados por 79 enfermeiras de sete serviços de emergência. A precisão foi de 92% para a categoria vermelho e 91% para a laranja. A baixa concordância e precisão nas categorias menos urgentes, com triagem super estimada e subestimada, sugere que os recursos do serviço de emergência podem estar sendo muito consumidos por pacientes não urgentes. Um estudo<sup>36</sup> prospectivo de 2008, realizado em dois serviços de emergência da Holanda, avaliou a triagem realizada pelos enfermeiros comparando com a classificação feita por dois

avaliadores experts para medir a confiabilidade interavaliadores. A confiabilidade entre avaliadores é moderada para substancial para adultos e crianças e não foi encontrada nenhuma associação significativa com a experiência das enfermeiras do serviço de urgência. É mais sensível para crianças que precisam de cuidados emergentes e urgentes(83.3%), e a triagem subestimada (25,3%) ocorreu mais do que a superestimada (7,6%). Em outro estudo<sup>37</sup> comparativo publicado em 2009, foram escolhidos 50 casos (cenários clínicos) e realizadas 900 avaliações por 12 enfermeiras em três hospitais da Holanda. O primeiro usava um sistema informal, o segundo o ESI e o terceiro o STM. O objetivo foi comparar a concordância intra e interobservadores do STM e o ESI. A concordância para o STM foi muito boa e para ESI foi moderada para boa. Comparando com o padrão de referência, na avaliação interobservadores foi encontrado 5% de triagem subestimada para o STM, e 13% para o ESI e triagem superestimada em 6,1% para o STM e 29,5% para o ESI.

## **CONCLUSAO**

Foi possível identificar que todos os estudos apresentaram como dificuldade ou limitação a inexistência de um padrão ouro de comparação (urgência verdadeira). Medidas como a hospitalização, internação em UTI, utilização de recursos, tempo total de internação no pronto-socorro, parâmetros clínicos ou custos de uma consulta, foram utilizados. Os estudos que utilizaram cenários de casos clínicos apresentam limitações, pois esses são artificiais, por não mostrarem os aspectos não verbais que poderiam ser obtidos no encontro presencial com o paciente.

A sensibilidade foi considerada como a capacidade do STM para identificar os pacientes de elevada urgência obtida através do agrupamento dos níveis emergente com o muito urgente. A especificidade foi considerada como a capacidade STM para identificar pacientes com baixa urgência, obtida através do agrupamento dos pacientes triados como urgentes, pouco urgentes e não urgentes em todos os estudos. A classificação de risco subestimada é um problema importante, pois pacientes seriamente doentes poderão ser triados como não urgentes ou pouco urgentes, resultando em elevado risco de resultados adversos para esses pacientes. A classificação de risco superestimada, apesar de ser uma falha para o lado da maior segurança, acarreta um aumento de pacientes não urgentes ou poucos urgentes admitidos no serviço de urgência como muito urgentes, consumindo recursos que deveriam ser direcionados para

pacientes que de fato tem maior risco de vida, principalmente na classificação do paciente pediátrico.

A correta classificação de risco é dependente do treinamento e experiência da enfermeira na aplicação do STM. Os estudos que mostraram baixa sensibilidade para detectar o paciente emergente e muito urgente, relacionaram o resultado também com a capacidade do enfermeiro em classificar corretamente, o que interfere na validação do protocolo. Demonstra também, a importância da auditoria como elemento de aprimoramento e melhoria do acerto da categoria de prioridade da triagem.

A revisão da literatura permitiu certificar que o STM já possui produção científica que o caracteriza como um sistema válido e confiável, que pode ser utilizado com segurança em serviços de emergência. A partir dos enfoques encontrados na literatura, foi possível identificar a necessidade de estudos voltados para uma melhor compreensão dos possíveis impactos da operacionalização do STM na micropolítica dos serviços de urgência e emergência, como é o caso do estudo realizado no Hospital Risoleta Tolentino Neves/UFMG. Micropolítica entendida como o conjunto das relações que se estabelecem entre os atores organizacionais, compondo um campo de práticas, saberes e relações de poder, onde se produz o cuidado. O STM, para além de sua dimensão “técnica”, precisaria ser avaliado na sua dimensão “política”, contextualizado no processo mais amplo do que tem sido denominado de “racionalização das práticas médico-hospitalares”<sup>38</sup>, em particular as estratégias que visam disciplinar, regulamentar e controlar a vida no hospital, introduzindo elementos de racionalização, previsibilidade e controle, com previsíveis impactos na própria institucionalidade da organização hospitalar<sup>39</sup>. Estudar o STM, sob essa perspectiva, pode trazer novos elementos para os estudiosos que têm voltado sua atenção para as profundas transformações tecno-políticas por que passam os hospitais nos últimos anos.

## REFERÊNCIAS

- 1 Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009; July [cited 2010 Feb 24] ; 25(7): 1439-1454. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en).doi: 10.1590/S0102-311X2009000700002.

- 2 Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Redes Regionais de Atenção às Urgências e Emergências Belo Horizonte, MG. Acessado em 12/12/2009. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/redes-regionais-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/redes-regionais-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias)
- 3 Grupo Brasileiro de Classificação de risco. História da Classificação de Risco. Belo Horizonte, MG. Acessado em 12/04/2009. Disponível em: [http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com\\_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39](http://www.gbacr.com.br/index.php?option=com_content&task=blogsection&id=8&Itemid=39)
- 4 Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. *Emergencias*. 2003;15:165-74.
- 5 Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau A, Eitel DR. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2005. Acessado em 12/04/2009. Disponível em <http://www.ahrq.gov/research/esi>.
- 6 Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines on the Implementation of the Australasian Triage Scale in Emergency Departments. Acessado em 12/04/2009 Disponível em: [http://www.acem.org.au/media/policies\\_and\\_guidelines/G24\\_Implementation\\_ATS.pdf](http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/G24_Implementation_ATS.pdf)
- 7 Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, Murray M, Jordan CN, Warren D, Vadeboncoeur A. Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. *Can J Emerg Med*. 1999; 1( suppl):S2-28. Acessado em 12/04/2009. Disponível em: <http://www.caep.ca/template.asp?id=b795164082374289bbd9c1c2bf4b8d32#guidelines>
- 8 Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency Triage. Manchester Triage Group. 2ªed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2006. 178p.
- 9 Cronin JG. The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accid Emerg Nurs*. 2003; vol 11: 121–25.
- 10 Schellein O, Ludwig-Pistor F, Bremerich DH. Manchester Triage System: process optimization in the interdisciplinary. *Manchester Triage System. Emerg Depart Anaesthetist*. 2009; Feb;58(2):163-70. (Deutschland)
- 11 Lyon F, Boyd R, Mackway-Jones K. The Convergent Validity of the Manchester Pain Scale. *Emerg Nurse*. 2005;13(1):34-38.
- 12 Dann E, Jackson R, Mackway-Jones K. Appropriate categorisation of mild Pain at triage: a diagnostic study. *Emerg Nurse*. 2005;13(1)28-32.

- 13 Williams J, Sem A. Transcribing in triage: the Wrexham experience. *Accid Emerg Nurs*. 2000 Oct;8(4):241-48.
- 14 Liple N. Updated Manchester Triage System published this month. *Emerg Nurse*. 2005 Nov; 13(7): 3[news].
- 15 Liple N. Foreign exchange. *Emerg Nurse*. 2005; 13(7): 5[news].
- 16 Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emerg Med J*. 2006; 23:262–65.
- 17 Leaman, AM. See and Treat: a management driven method of achieving targets or a tool for better patient care? One size does not fit all. *Emerg Med J*. 2003; 20:118 [debate]
- 18 Considine J, Kropman M Kelly E, Winter C. Effect of emergency department fast track on emergency department length of stay: a case control study. *Emerg Med J*. 2008; 25:815-19.
- 19 Mackway-Jones K, Windle J. Don't throw triage out with the bathwater. *Emerg Med J*. 2003; 20:119-20[debate]
- 20 Hughes, G. Triage; evolution or extinction. *Emerg Med J*. 2006; 23:88. (editorial)
- 21 Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med*. 1999; 16(3):179-81.
- 22 Subbe CP, Slater A, Menon D, Gemmell L. Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emerg Med J*. 2006; 23(11):841-45.
- 23 Speake D, Teece S, Mackway-Jones K. Detecting high-risk patients with chest pain. *Emerg Nurse*. 2003;(11):19-21.
- 24 Wright J, Hogg K, Mackway-Jones K. Identifying Pleuritic Chest Pain. *Emerg Nurse*. 2006; 14(3):22-24.
- 25 Trigo J, Gago P, Mimoso J, Santos W, Marques N, Gomes V. Tempo de demora intra-hospitalar após triagem de Manchester nos Enfartes Agudos do Miocárdio com elevação de ST. *Rev Port Cardiol*. 2008; 27(10):1251-59.
- 26 Matias C, Oliveira R, Duarte R, Bico P, Mendonça C, Nuno L, Almeida A, Rabaçal C, Afonso S, et al. The Manchester Triage System in acute coronary syndromes. *Rev Port Cardiol*. 2008; 27(2):205-16.

- 27 Martins HM, Cuña LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J.* 2009; 26(3):183-6.
- 28 Wulp I, Schrijvers AJ, Van Stel HF. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emerg Med J.* 2009; 26(7):506-09.
- 29 Gabriel JP, Velon A, Valério C, Marcos A, Pimenta F, Vaz S. Triagem Intrahospitalar das Admissões por Acidente Vascular Cerebral Isquémico Através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. *Sinapse.* 2007; 7(1): 28-35.
- 30 Scoble M. Implementing triage in a children's assessment unit. *Nurs Stand.* 2004; 18(34):41-44.
- 31 Roukema J, Steyerberg EW, Van Meurs A, Ruige M, Van Der Lei J, Moll HA, et al. Validity of the Manchester triage system in paediatric emergency care. *Emerg Med J.* 2006; 23(12):906-10.
- 32 Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, Van Meurs AH, Roukema J, Van Der Lei J, Moll HA. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ* 2008. Sep 22;337:a1501. Erratum in: *BMJ.* 2008;337:a1849. Comment in: *BMJ.* 2008;337:a1507.
- 33 Van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2009;17:38 doi:10.1186/1757-7241-17-38. Acessado em 15/10/2009, disponível em <http://www.sjtreem.com/content/17/1/38> .
- 34 Grouse AI, Bishop RO, Bannon AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J.* 2009; 26(7):484-6.
- 35 Olofsson P, Gellerstedt M, Carlström ED. Manchester Triage in Sweden - interrater reliability and accuracy. *Int Emerg Nurs.* 2009 Jul; 17(3):143-8. Epub 2009 Feb 5. (Sweden)
- 36 Wulp I, Van Baar ME, Schrijvers AJ. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. *Emerg Med J.* 2008; 25(7):431-34.
- 37 Versloot SM, Ubbink DT, Chin a Choi V, Luitse JSK. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. *Emerg Med J.* 2009; Aug; 26(8):556-60.
- 38 Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital; uma sociologia dos serviços hospitalares. 3.ed. Porto: Afrontamento, 1998.



- 39 Cecílio LCO. A micropolítica do hospital: Um itinerário ético-político de intervenções e estudo. [Tese de Livre Docência]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2007.

## **ARTIGO 2**

# **Classificação de Risco com Utilização do Sistema de Triagem de Manchester em um Serviço de Emergência: uma análise do perfil de atendimento**

Este artigo analisa o processo de implantação da classificação de risco com a utilização do Sistema de Triagem de Manchester e apresenta o perfil de atendimento do hospital oito meses após sua implantação. Discute a relação com a organização do Sistema de Saúde e o movimento do usuário na busca da satisfação de suas necessidades.

## **Classificação de Risco com Utilização do Sistema de Triagem de Manchester em um Serviço de Emergência: uma análise do perfil de atendimento**

### **Risk Classification Using the Manchester Triage System in an Emergency Department: an analysis of the profile of attendance**

#### **RESUMO**

O Sistema de Triagem de Manchester – STM foi implantado pela primeira vez, no Brasil, em 2008, como parte da política de saúde do Estado de Minas Gerais. Este artigo apresenta a caracterização do perfil de atendimento do Serviço de Emergência do Hospital Risoleta Tolentino Neves/UFMG oito meses após sua implantação no hospital. Trata-se de estudo descritivo, que se utilizou da análise retrospectiva de 73.593 pacientes registrados no serviço de emergência, equivalente ao total de pacientes que compareceram ao hospital no período de 04/11/2008 a 30/06/2006. Também foram utilizados documentos e registros oficiais que possibilitaram resgatar o processo de implantação da classificação de risco. A análise dos dados permitiu identificar o perfil dos pacientes atendidos pelo hospital, bem como certificar o aumento no número de atendimentos e procedimentos realizados pelo hospital após implantada a nova sistemática de funcionamento a partir da adoção do Sistema de Triagem de Manchester.

**PALAVRAS-CHAVE:** Classificação, Triagem, Serviço Hospitalar de Emergência, Política de Saúde.

## **ABSTRACT**

The Manchester Triage System – MTS was first implemented in Brazil in 2008 as part of the health policy of the state of Minas Gerais. This article presents the characteristics of the profile of attendance in the Emergency Department of Hospital Risoleta Tolentino Neves / UFMG eight months after their deployment in the hospital. This is a descriptive study, which used a retrospective analysis of 73.593 patients admitted in the emergency room, equivalent to the total number of patients who attended the hospital during the period from 04/11/2008 to 30/06/2006. Documents and official records were also used that enabled rescue the deployment process of risk classification. Data analyses identified the profile of patients treated by the hospital as long as identify the increasing number of visits and procedures performed after the hospital implemented a new system of operation from the adoption of the Manchester Triage System.

**KEYWORDS:** Classification, triage, Emergency Service Hospital, Health Policy

## INTRODUÇÃO

A superlotação dos serviços de urgência/emergência dos hospitais, com predomínio de situações clínicas consideradas de baixa gravidade pelas equipes que atuam no antedimento, é um problema importante para quem faz gestão em saúde. Com a modificação do perfil epidemiológico da morbi-mortalidade nas áreas metropolitanas, com o crescimento da importância das causas externas, o atendimento de urgência ganha maior relevância e aponta a proporção desigual entre a oferta de recursos e demanda dos usuários, evidenciando um cenário nacional e internacional de serviços de emergência “porta aberta” superlotados<sup>1</sup>. O American College of Emergency Physicians-ACEP<sup>2</sup> define que os serviços de emergência são considerados superlotados *quando todas as salas estão cheias, todas as macas e cadeiras estão ocupados e todos os corredores estão cheios* (p.6). A Joint Commission Resources<sup>3</sup> apresenta a questão da superlotação *como um problema sistêmico que extrapola o pronto socorro sendo esse apenas a unidade mais vulnerável a entrar em pane* (p.13).

Tendo em vista esse cenário de superlotação, tornou-se necessário adotar ferramentas com potencialidades para intervir sobre o processo de trabalho nos serviços de urgência e emergência, para um novo ordenamento no cotidiano do hospital, na perspectiva de legitimação e atendimento das necessidades dos usuários e de suas demandas. O Acolhimento com Classificação de Risco surgiu como uma das alternativas possíveis para qualificar as “portas dos Serviços de Emergências”, tendo sido apresentado pela Política Nacional de Humanização como dispositivo tecno-assistencial para mudança no modo de produção do cuidado em serviços de emergência<sup>4</sup>.

Nos últimos anos, vários protocolos de classificação de risco ou sistemas de triagem foram desenvolvidos e utilizados pela definição do atendimento médico por critério clínico e não por critério administrativo ou por ordem de chegada ao serviço. A oferta e utilização dos recursos disponíveis, sejam eles estruturais, tecnológicos ou humanos, passam a ser consumidos, a partir da classificação de risco, segundo critério de necessidade e urgência clínica. Mackway-Jones, Marsden e Windle<sup>5</sup> conceitua triagem *como um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade exceder a capacidade*. (p.1).

A Política de Organização da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais<sup>6</sup> adotou, a partir de 2008, o Sistema de Triagem de Manchester – STM como protocolo para classificação de risco, pela primeira vez no Brasil. A escolha pelo Sistema de Triagem de Manchester se deu em função de ser um sistema que têm como forma de entrada a queixa apresentada pelo doente, e não a presunção diagnóstica, o que facilita, e não impede a sua aplicação pelo enfermeiro. O STM já é adotado como política pública em vários países.

Este artigo apresenta e discute o perfil de atendimento do Serviço de Emergência do Hospital Risoleta Tolentino Neves de Belo Horizonte, MG, durante os primeiros oito meses de implantação do STM. Tem como objetivo contribuir para uma melhor compreensão da dinâmica dos serviços de urgência-emergência, que quase sempre parecem desafiar todos os esforços de utilização mais “racional” dos serviços de saúde.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo, que se utilizou da análise retrospectiva de 73.593 pacientes registrados no serviço de emergência do Hospital Risoleta Tolentino Neves, equivalente ao total de pacientes que compareceram ao hospital no período de 04/11/2008 a 30/06/2009, correspondentes aos 239 dias iniciais da operacionalização do Sistema de Triagem Manchester no hospital. Os dados foram obtidos a partir do documento de prontuário que é um formulário de triagem, preenchido eletronicamente pelo enfermeiro no momento da chegada do usuário para a classificação de risco. As informações foram analisadas na perspectiva de se fazer tanto uma primeira aproximação relativa ao perfil de atendimento do serviço de emergência no momento imediato à implantação, como de tentar captar ou caracterizar eventuais mudanças no perfil da demanda por atendimento após implantação do STM, correlacionando os resultados obtidos com outras experiências relatadas na literatura.

## **O SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER NO HRTN**

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi desenvolvido em 1997 pelo *Manchester Triage Group* e está adotado em quase toda a Europa. Possui 52 fluxogramas, sendo sete

específicos para crianças e dois para catástrofes, baseados na queixa apresentada pelo doente, não se baseando em diagnóstico. Os fluxogramas de atendimento são organizados a partir de sinais e sintomas (discriminadores), gerais e específicos, que orientam a hierarquização das prioridades clínicas. O processo de triagem inicia-se a partir da queixa, que direciona para o fluxograma específico a ser seguido. Sucessivas questões são feitas relativas aos discriminadores, até que seja definido um dos cinco níveis de urgência, com sua cor correspondente e o tempo alvo de atendimento, a saber<sup>5</sup>:

Nível 1 –Emergente – Vermelho: imediato.

Nível 2 – Muito urgente – Laranja: 10 minutos

Nível 3 – Urgente – Amarelo: 60 minutos.

Nível 4 – Pouco urgente – Verde: 120 minutos.

Nível 5 - Não Urgente – Azul: 240 minutos.

Até a implantação do Sistema de Triagem de Manchester em 04/11/2008, o Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves funcionava com demanda espontânea para todas as clínicas, mas especialmente na clínica médica havia um grande número de pacientes que eram dispensados pelo porteiro, em função principalmente de demanda acima da capacidade de atendimento. O Pronto Socorro não comportava o atendimento de todos os pacientes. Não havia nenhum mecanismo formal e seguro de avaliação da gravidade dos pacientes que chegavam ao hospital, sendo assim, todos eram direcionados para as áreas de atendimento (sala de emergência, sala de sutura, sala de ortopedia e pediatria) pelo próprio funcionário da recepção. Este fluxo apresentava diversos problemas: desconhecimento da necessidade individual de cada usuário que procurava o serviço; dispensa do usuário sem critério técnico e sem encaminhamento responsável; insatisfação da equipe da recepção por ter que decidir sobre a permanência ou não do usuário no serviço para o atendimento; grande volume de pacientes dentro e fora da sala de emergência, permanecendo no corredor; desorganização e superlotação da sala de emergência com diversos perfis de gravidade de doente; demora no atendimento de pacientes que deveriam ter sido atendidos prioritariamente; sobrecarga da equipe médica e de enfermagem com atendimentos a pacientes de menor gravidade e urgência; ambiente da sala de emergência extremamente desgastante para a equipe e para os pacientes de perfil de pouca urgência, por

terem que compartilhar o mesmo espaço com pacientes clínicos críticos e pacientes com trauma maior e risco de vida iminente; utilização elevada de recursos com pacientes pouco urgentes e não urgentes.

## RESULTADOS

A totalidade da amostra estudada no período entre 04/11/2008 a 30/06/2009 está representada na Tabela 1. Dos 73.593 pacientes registrados para atendimento, 90,52% foram classificados.

**TABELA 1**  
**NÚMERO DE PACIENTES REGISTRADOS E CLASSIFICADOS NO**  
**PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009.**

SITUAÇÃO APÓS REGISTRO	PACIENTES REGISTRADOS	
	No de Pacientes	%
CLASSIFICADOS POR COR	65.245	88,66%
CLASSIFICADOS SEM A INFORMAÇÃO DA COR	1.371	1,86%
<b>SUBTOTAL / CLASSIFICADOS</b>	<b>66.616</b>	<b>90,52%</b>
NÃO CLASSIFICADOS COM ATENDIMENTO MÉDICO	3.078	4,18%
NÃO CLASSIFICADOS COM DESISTÊNCIA DE ATENDIMENTO MÉDICO ANTES DA CLASSIFICAÇÃO	3.899	5,30%
<b>TOTAL</b>	<b>73.593</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: HRTN / UFMG / BELO HORIZONTE

Chama a atenção o número significativo de pacientes com atendimento médico que não passaram pela classificação de risco. Isto pode ser atribuído a falhas nos processos de entrada, permitindo que o paciente recebesse o atendimento sem a classificação, principalmente no período inicial em que os critérios para a classificação de pacientes na prioridade branco não estavam claramente definidos. Outra explicação pode ser a entrada direta de pacientes em situação de muita urgência ou emergência, trazidos pelo SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência, COBOM – Corpo de Bombeiros ou terceiros, encaminhados diretamente para a sala de emergência e que, em função da situação sempre de muita tensão e superlotação,



acabam não sendo classificados. Foi analisado o número de pacientes, por município de residência, desistentes do atendimento antes de serem classificados, ou seja, o paciente fez uma ficha no setor de registro e não esperou pela classificação e pelo atendimento médico. Os pacientes registrados que desistiram do atendimento antes da classificação correspondem a 5,3%. Conforme Jiménez<sup>7</sup>, esse índice não deve ser superior a 2%, e demonstra ser indicador de qualidade do processo de classificação de risco.

Na tabela 2, apresentamos a distribuição de pacientes classificados por prioridade clínica (cor). Chama a atenção o elevado percentual de pacientes classificados como verde – pouco urgente e azul – não urgente (48,48%), considerando que o hospital estudado está estruturado para receber pacientes de maior urgência e gravidade, principalmente se comparados aos resultados apresentados por Martins, Cuna e Freitas<sup>8</sup>, em Portugal, Wulp, Schrijvers e Stel<sup>9</sup>, na Holanda, e Schellein, Ludwig-Pistor e Bremerich<sup>10</sup>, na Alemanha. Esses estudos mostram que, do total de pacientes classificados pelo Sistema de Triagem de Manchester, os resultados são respectivamente de 0,7%, 0,6% e 0,49% de pacientes classificados como vermelho; 24,8%, 16,4% e 18,74% como laranja; 50,7%, 37,7% e 57,07% como amarelo; 20,3%, 44,5% e 23,14% como verde; 2%, 0,8% e 0,56% azul, e 2% branco. O estudo da Holanda apresenta valores mais próximos da experiência que está sendo relatada. Nesses três países, o Sistema de Triagem de Manchester é adotado como política nacional de saúde. É importante considerar, na análise de tais proporções, as características dos diferentes sistemas de saúde, em particular as suas formas de acesso aos serviços da rede de atenção primária. Na experiência de Belo Horizonte, o protocolo utilizado para classificação de risco é diferente, servindo-se de apenas quatro cores para categorizar o nível de urgência, o que dificulta uma discussão comparativa com o STM.

De qualquer forma, esse dado apenas quantifica o que já é sabido por quem trabalha ou faz gerência nos serviços de urgência e emergência hoje no Brasil: os casos não considerados urgentes são o componente mais expressivo do que tem sido denominado de “demanda distorcida” nos prontos socorros.

TABELA 2

PACIENTES CLASSIFICADOS POR PRIORIDADE CLÍNICA		
PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009		
PRIORIDADE CLÍNICA	NÚMERO DE PACIENTES	%
VERMELHO	465	0,70%
LARANJA	8.585	12,89%
AMARELO	19.837	29,78%
VERDE	<b>31.549</b>	<b>47,36%</b>
AZUL	<b>747</b>	<b>1,12%</b>
BRANCO	4.053	6,08%
PRETO	9	0,01%
NÃO INFORMADO A COR	1.371	2,06%
<b>TOTAL</b>	<b>66.616</b>	<b>100%</b>

Fonte: HRTN / UFMG / BELO HORIZONTE

TABELA 3

NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS POR PRIORIDADE CLÍNICA E MÊS DE ATENDIMENTO  
PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009

MÊS	PRIORIDADE CLÍNICA									TOTAL	A.H. %
	VER-MELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL	BRANCO	PRETO	NÃO INFORMADO A COR			
	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
nov/08*	95	1.113	2.431	3.299	84	355	-	291	7.668	11,51%	
dez/08	78	1.218	2.481	3.924	102	453	5	143	8.404	12,62%	
jan/09	54	984	2.510	4.050	97	486	1	210	8.392	12,60%	
fev/09	30	1.058	2.261	3.697	64	441	-	178	7.729	11,60%	
mar/09	43	1.001	2.534	4.627	93	514	1	189	9.002	13,51%	
abr/09	49	1.158	2.745	4.267	83	597	1	142	9.042	13,57%	
mai/09	67	1.100	2.872	3.674	112	634	-	100	8.559	12,85%	
jun/09	49	953	2.003	4.011	112	573	1	118	7.820	11,74%	
<b>TOTAL</b>	<b>465</b>	<b>8.585</b>	<b>19.837</b>	<b>31.549</b>	<b>747</b>	<b>4.053</b>	<b>9</b>	<b>1.371</b>	<b>66.616</b>	<b>100,00</b>	
%	<b>0,70</b>	<b>12,89</b>	<b>29,78</b>	<b>47,36</b>	<b>1,12</b>	<b>6,08</b>	<b>0,01</b>	<b>2,06</b>	----	-----	

Fonte: HRTN / UFMG / BELO HORIZONTE

A.H. % - Análise Horizontal: representa o resultado percentual da relação entre o número de pacientes classificados por cor no mês pelo total de pacientes do mês.

\* corresponde a 27 dias

A tabela 3 acima apresenta a distribuição mensal por prioridade clínica. A cor branca foi autorizada pelo Grupo Português de Triagem de Manchester para ser utilizada nos casos de

retorno ao hospital para procedimentos e exames, e a cor preta é utilizada para categorizar o óbito.

Os dados referentes aos primeiros meses de atendimento após a implantação do novo sistema de triagem apontam, de modo inequívoco, como a demanda do hospital (de baixa gravidade clínica) é “incompatível” com a alta complexidade instalada.

O percentual de pacientes classificados por municípios de residência foi de 60,91% de residentes de Belo Horizonte, 17,7% de Ribeirão das Neves, 8,8% de Vespasiano, 7,9% de Santa Luzia e 4,65% de outros municípios. Observa-se que 34,44% dos pacientes são de três municípios vizinhos, mostrando a forte regionalização do hospital, o que pode contribuir para o processo de pactuação intermunicipal para o atendimento de urgência-emergência.

Os cinco fluxogramas de apresentação que correspondem ao maior quantitativo entre os pacientes classificados desses quatro municípios são problemas nos membros, feridas, indisposição no adulto, grande traumatismo e queda, diferenciando-se apenas no município de Vespasiano, onde o fluxograma dor abdominal tem maior número do que “queda”. Além disso, problemas nos membros é o fluxograma de apresentação de maior volume em todos os municípios, o que pode demonstrar o perfil predominantemente de trauma dos pacientes atendidos desses municípios.

Os cinco fluxogramas de maior proporção em relação ao total geral de pacientes classificados como emergente/vermelho são: indisposição no adulto, convulsão, dispnéia, estado de inconsciência e diabetes (62,14%), de perfil predominantemente clínico. Na categoria muito urgente/laranja, a maior proporção de pacientes são as vítimas de trauma, sendo eles identificados como grande traumatismo, queda e TCE (54%), seguido de indisposição no adulto e dor torácica (13,7%). Dentre os pacientes classificados como amarelo, os cinco fluxogramas de maior proporção são aqueles classificados por problemas nos membros (23,47%), indisposição no adulto (11,66%), feridas (10,58%), dor lombar (5,33%) e dor torácica (4,63%). Entre os pacientes classificados como verde, destacam-se aqueles com problemas nos membros (47,26%), feridas (15,91%), indisposição no adulto (8,82%), queda (3,41%) e criança que não se sente bem (2,69%).

Quando analisado o município de Belo Horizonte em separado, os resultados não apresentam diferenciação.

O número total de pacientes sem atendimento médico após a classificação de risco foi de 10.133, o que corresponde a 15,2% do total classificado. Desse total, 20,76% de pacientes foram encaminhados para outro serviço e 79,21% desistiram do atendimento médico. (Tabela 4). Portanto, considerando apenas o número de pacientes que desistiram do atendimento médico em relação ao total de pacientes classificados (8.026), o índice de desistência é de 12.04%.

**TABELA 4**  
**NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS E NÃO ATENDIDOS**  
**PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009**

TIPO	LARANJA		AMARELO		VERDE		AZUL		BRANCO		NÃO INFORMADO A COR		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CLASSIFIC- RISCO - ALTA COM ENCAMINHA- MENTO	4	0,04%	30	0,3%	1.732	17,1%	230	2,3%	19	0,19%	92	0,9%	2.107	20,8%
DESISTÊNCIA	91	0,90%	1.550	15,3%	5.622	55,5%	391	3,9%	188	1,86%	184	1,8%	8.026	79,2%
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>0,94%</b>	<b>1.580</b>	<b>15,6%</b>	<b>7.354</b>	<b>72,6%</b>	<b>621</b>	<b>6,1%</b>	<b>207</b>	<b>2,04%</b>	<b>276</b>	<b>2,7%</b>	<b>10.133</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: HRTN / UFMG / BELO HORIZONTE

Como não foi encontrado trabalho que apresentasse o índice de pacientes sem atendimento médico após a classificação de risco, quando utilizado especificamente o Sistema de Triagem de Manchester, foi utilizado, para comparação, um grande estudo realizado recentemente no Canadá<sup>11</sup>, em que foram analisados 4.3 milhões de pacientes que chegaram em 163 serviços e foram classificados pelo sistema CTAS – Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. Encontrou-se uma média de 3.1% de pacientes classificados que deixaram o serviço de emergência sem serem avaliados. A porcentagem variou entre 0,1% e 12 % entre os serviços. Os autores descrevem que, apesar da maioria dos pacientes ser dos níveis 4 e 5 – menos urgente, um percentual de pacientes classificados no nível 2 e 3 também deixaram o serviço sem serem atendidos. Não foi apresentado o número de pacientes que deixou o serviço antes da classificação. Jiménez<sup>7</sup> sugere que esse índice deva ser analisado como um indicador de

qualidade da gestão da assistência dentro do serviço, uma vez que a gestão de salas e espaços não adequados à demanda tenderia a repercutir sobre o próprio funcionamento do serviço.

Estudo<sup>12</sup> mostra que o percentual de pacientes que deixam o serviço sem serem avaliados pode variar entre 1% e 15%, e seu aumento está relacionado com o tempo de espera, afetado pela eficiência do serviço de emergência, resultado, entre outras coisas, do volume de pacientes graves, limitações estruturais, equipe assistencial incompleta e superlotação. Acrescenta que a taxa de pacientes não assistidos é importante, mas limitada, e considera que o mais importante é saber se pacientes com elevada gravidade saem sem o cuidado necessário ou pioram depois.

Entre os pacientes que deixaram de ser atendidos nos serviços do Canadá<sup>11</sup>, 5,5% retornaram às unidades de saúde durante o ano e, destes, 21% procuraram o serviço em até 72 horas após (p.39). Em estudo de 2005<sup>13</sup> os autores propõem que este seja um indicador de superlotação do Serviço de Emergência. Neste estudo ficou demonstrado que há uma correlação entre a taxa de pacientes que deixaram o serviço de emergência sem serem atendidos e o *score* que mede a superlotação dos serviços de emergência – o NEDOCS (National Emergency Department Overcrowding Scale, USA).

Em outro estudo<sup>14</sup>, ao investigarem os possíveis fatores associados ao número de pacientes que desistiram do atendimento médico, afirmaram que a capacidade do serviço de emergência é um importante fator, destacando que quando essa capacidade atinge os 140% de ocupação provoca um aumento ainda maior no número de pacientes que desistem do atendimento, deixando o serviço sem avaliação médica. Relaciona também o número de pacientes que deixam o serviço sem avaliação médica à experiência e à formação da equipe médica e destaca o valor desses fatores na manutenção do fluxo e da ordem no serviço de urgência.

Podemos verificar também que o número de pacientes não atendidos que foram encaminhados para outras unidades de saúde ou que desistiram do atendimento médico, na sua maioria, foi classificado como verde – pouco urgente e, se somados aos classificados como Azul – não urgente, totalizam 78,7%. Fernandes, Price e Christenson<sup>15</sup> apresentam um percentual de 74,5% de pacientes classificados como não urgentes e 24,5% como urgentes entre esses pacientes que não receberam atendimento em um hospital de ensino no Canadá. Portanto, é possível perceber que a priorização de atendimento foi realizada, e os recursos disponíveis foram deslocados para o atendimento dos pacientes com mais necessidade clínica, uma vez que a

superlotação é uma constante observada no hospital estudado, além das condições estruturais limitantes.

Na tabela 5, apresentamos o percentual de internação por prioridade clínica. Os valores obtidos podem ser comparados aos resultados encontrados por Martins, Cuna e Freitas<sup>8</sup> e Wulp, Schrijvers e Stel<sup>9</sup> nos quais o percentual de internação por categoria foi respectivamente de 21,57% e 77% para o vermelho; 21,93% e 45% para o laranja; 6,85% e 28% para o amarelo; 1,84% e 7% para o verde; 1,42% e 3% para o azul e 12,51% para o branco (não há esta classificação no segundo estudo). No total de internações, encontraram respectivamente, 1,66% e 1,9% de pacientes triados como vermelho; 55,8% e 35,5% laranja; 35,94% e 48,9% amarelo; 3,87% e 13,5% verde; 0,3% e 0,1% azul e 1,98% branco. Estes resultados mostram uma diferenciação em relação ao percentual dos classificados como laranja e amarelo no hospital em estudo. O percentual de pacientes internados em relação ao total de pacientes atendidos é de 15,05% no hospital estudado, e os resultados nos dois estudos citados foram de 9,7% (incluindo óbitos) e 21%, respectivamente. Estes dois estudos não incluíram em suas amostras pacientes com idade inferior a 16 anos.

**TABELA 5**  
**NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS E INTERNADOS**  
**PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009**

PRIORIDADE CLÍNICA	PACIENTES ATENDIDOS	PACIENTES INTERNADOS	%PACIENTES INTERNADOS	% PACIENTES INTERNADOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE INTERNAÇÕES.
VERMELHO	465	261	56,13%	2,91%
LARANJA	8.490	2.314	27,26%	25,81%
AMARELO	18.257	2.351	12,88%	26,22%
VERDE	24.195	809	3,34%	9,02%
AZUL	126	6	4,76%	0,07%
BRANCO	3.846	1.824	47,43%	20,34%
PRETO	9	0	0,00%	0,00%
SEM INFORMAÇÃO DA COR	1.095	251	22,92%	2,80%
NÃO CLASSIFICADO	3.078	1.150	37,36%	12,83%
<b>TOTAL</b>	<b>59.561</b>	<b>8.966</b>	<b>15,05%</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: HRTN / UFMG / BELO HORIZONTE

O tempo de espera entre a realização da ficha do registro e o atendimento médico relativo à prioridade clínica vermelho e laranja é difícil de ser obtido, em função da necessidade de atendimento imediato ou em até 10 minutos, como é o caso do paciente classificado como laranja. Como o registro no prontuário só é feito após realizado o atendimento, esse dado fica distorcido. De maneira similar, no caso do registro da classificação, na sua maioria ela é realizada também após o atendimento do paciente classificado como vermelho, ou seja, nas duas situações, primeiro o paciente é atendido, depois registram-se os procedimentos. Essa dificuldade em expressar o tempo até o atendimento médico, nas categorias de maior prioridade, também foi relatada por Martins, Cuna e Freitas<sup>8</sup>. O tempo entre o registro na recepção e a classificação de risco dos pacientes classificados como amarelo, verde e azul apresenta valores acima de vinte minutos, o que é considerado elevado conforme citado por Jiménez *et al*<sup>12</sup> que consideram que esse tempo não deveria superar 10 minutos. Já o tempo médio entre a classificação de risco e o atendimento médico dos pacientes classificados como amarelo é de 69,23 minutos e, do verde, 97,11 minutos, e cumprem o tempo preconizado pelo protocolo.

Quando analisada a produção assistencial referente ao pronto socorro, a produção se manteve em elevação durante o período de novembro/08 a junho/09, com média de atendimentos superior quando comparada ao período anterior à implantação da classificação de risco (janeiro/2008 a outubro/2009). A clínica médica e pediatria foram as clínicas que mais sofreram alterações, tendo um aumento de 94 % e 100% respectivamente. A clínica cirúrgica geral aumentou 39,8%, e a clínica cirúrgica plástica, 13,2%. Apenas a clínica ortopédica se manteve estável apesar de ter sido responsável pelo aumento de 7% no atendimento ambulatorial. As internações tiveram um aumento médio mensal de 5,3%. Resultou também em acréscimo de 9% da produção de Apoio Diagnóstico e Apoio Terapêutico desencadeando uma sobrecarga das equipes e aumento do custo mensal do HRTN.

A partir de 22/07/2009, por definição da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, um novo sistema de informação foi adotado para o registro da classificação de risco, corrigindo as deficiências detectadas no sistema anterior. Entretanto, com a adoção desse novo sistema, o relacionamento das informações entre os dois bancos de dados ficou dificultado. Dessa forma, optou-se por analisar somente as informações contidas no sistema de informação na fase inicial da implantação da classificação de risco, exatamente por elas possibilitarem uma caracterização

bastante rica do perfil da demanda do hospital, o que, espera-se, possa contribuir para o debate sobre a dinâmica dos serviços de urgência-emergência na atual etapa de implantação do Sistema Único de Saúde no nosso país.

## DISCUSSÃO

Originalmente, o lugar do hospital no sistema de saúde foi concebido, a partir do movimento da reforma sanitária, como parte de um sistema hierarquizado, regionalizado, onde os fluxos e processos foram definidos a partir de uma matriz organizativa. Esse modelo piramidal foi problematizado por Cecílio<sup>16</sup> como um ideário que não se concretizou, apesar de todo reconhecimento da sua “*justeza*” pelos princípios que representa, configurando-se, nesse sentido, *como uma racionalidade normativa tecnocrática, distanciada do cotidiano dos usuários do Sistema.*

Na busca pelo atendimento das suas necessidades, a população usuária procura acessar aquele serviço que mais pode oferecer recursos para atender suas necessidades e obter o cuidado integral<sup>17-18-19</sup>, mostrando-se como sujeito intencional, fazendo jus como cidadão ao direito à saúde. A partir da melhor organização do Sistema de Saúde, em particular da atenção básica, esperava-se que o hospital deixasse de ser a porta de entrada ao Sistema de Saúde, redefinindo seu papel como um lugar reservado aos pacientes em condições clínicas mais severas, com necessidades de cuidados contínuos e em situações de risco. Entretanto, apesar de avanços na organização da atenção básica, ainda permanecem as restrições ao atendimento das necessidades mais agudas. Para ilustrar um pouco essa afirmação, Franco (2006)<sup>20</sup>, referindo-se a fortes amarras impostos pelas normas para produzir o cuidado lembra:

*A organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada; o Programa Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos (...).*

Em contraposição, o serviço de emergência apresenta-se como facilitador do acesso pela maior disponibilidade de horário de atendimento (24 horas/dia), com médicos de plantão e especialista, com a garantia da consulta médica, mesmo com longa demora, a possibilidade de



realização imediata de procedimentos diagnósticos, a existência de recursos tecnologicamente mais sofisticados e a maior facilidade de acesso à internação hospitalar.

Oliveira, Mattos e Souza <sup>17</sup> descrevem que:

*O usuário, apesar de demonstrar conhecer as normas do sistema de saúde pautadas na lógica territorial, na hierarquização e o conceito de porta de entrada pela atenção básica, ele procura, em sua busca por assistência, outros aspectos da realidade que lhe proporcionem melhor possibilidade de acesso (p.1932).*

Podemos observar, a partir desse cenário, que o usuário não se prende a normas ou regras do sistema, em particular às do hospital. Ele busca a porta de entrada como um movimento de liberdade, segundo seus critérios e suas estratégias. Ainda conforme o autor acima, a população faz escolhas pautadas na avaliação que realiza dos serviços em relação à acessibilidade, confiabilidade e resolubilidade, mas também, como afirma Gerhardt<sup>21</sup>, as estratégias desenvolvidas pelos indivíduos e os discursos que as acompanham são elaborados a partir de instituições, representações coletivas e relações sociais que os indivíduos reinterpretam, recompõem, em função das situações e restrições existentes. (p. 2451).

Percebe-se que não se trata de desinformação da população usuária, e, conforme Oliveira, Mattos e Souza<sup>17</sup>,

*O usuário, em sua experiência cotidiana com os serviços de saúde, “apreende da realidade” determinadas regras sociais (não ditas, não normatizadas) e, a partir de sua necessidade de acesso, ele reinterpreta essas regras e constrói estratégias que visam garantir a obtenção do atendimento da maneira mais adequada a ele (p.1932).*

As mudanças implementadas para uma reorientação do modelo assistencial têm sido insuficientes para evitar o que é presenciado nos serviços de emergência – superlotação com grande volume de casos de baixa complexidade<sup>22-23</sup>. O hospital, se inserido no sistema, norteado pela necessidade do usuário, com porta aberta para demanda espontânea, convive permanentemente com a tensão desencadeada pela desproporção entre capacidade de oferta e demanda de atendimento.

## CONCLUSÕES

O estudo permitiu conhecer o perfil dos pacientes atendidos no pronto socorro do hospital conforme a prioridade clínica, além de caracterizar, em particular, a demanda procedente dos municípios vizinhos, o que, em princípio, poderá facilitar a negociação e pactuação de contra referência. Mostrou que houve aumento no número de atendimentos e procedimentos realizados após a implantação da classificação de risco, com um volume de pacientes classificados como verde acima do esperado para o perfil de complexidade do hospital, demonstrando, por um lado, o caráter inclusivo desta tecnologia e, por outro, a “distorção” na organização dos serviços de saúde. Como consequência, a superlotação do pronto socorro e a impossibilidade de atender toda a demanda, o que leva a um número elevado de desistência, inclusive de outros pacientes de maior urgência.

O hospital continua a ser um grande atrativo para o atendimento da população, apesar dos avanços na implantação de uma rede básica bastante expressiva como é o caso do município de Belo Horizonte. Um ponto frágil do estudo pode ser o de não ter-se voltado para um diagnóstico mais aprofundado das razões para os pacientes classificados como de “baixo risco” continuarem a buscar por atendimento nos serviços de urgência, mesmo sabendo da demora do atendimento. Estudos qualitativos desenhados com tal objetivo poderão propiciar uma melhor compreensão de tal fenômeno que parece desafiar toda perspectiva racionalizadora de um sistema de saúde hierarquizado.

Algumas explicações como a certeza do atendimento, um imaginário popular que tem o hospital como o lugar da técnica e da resolubilidade, já são bem conhecidas para quem trabalha no setor saúde. O desafio, agora, seria, quem sabe, um maior refinamento e discriminação do que é ser “verde” (ou “azul”), ou, dito de outra forma, conseguir-se apreender que há “verdes” e “verdes”, ou “azuis” e “azuis”, nem sempre homogeneizáveis sob os rígidos critérios técnicos estabelecidos pelo protocolo, profissionais e serviços de saúde, em particular se considerada a dinâmica e os fluxos reais de pessoas em busca da satisfação de suas necessidades singulares.

Nesse sentido, quando o Programa Nacional de Humanização adota a classificação de risco como um dos seus dispositivos mais importantes, novos estudos seriam necessários para uma melhor caracterização do quanto a classificação de risco pode estar sendo utilizada de maneira a

favorecer a existência de elementos “desumanizantes”, apesar de toda sua inquestionável potência para, ao definir o risco e ordenar o atendimento médico, salvar vidas.

## REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS

1. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública [serial on the Internet]. 2009; July [cited 2010 Feb 24] ; 25(7): 1439-1454. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lng=en). doi: 10.1590/S0102-311X2009000700002.
2. American College of Emergency Physicians (ACEP). Emergency Department Crowding: High-Impact Solutions. Acessado em 23/02/2010. Disponível em: [http://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/Membership/Sections\\_of\\_Membership/intnatl/news/2008BoardingReport.pdf](http://www.acep.org/uploadedFiles/ACEP/Membership/Sections_of_Membership/intnatl/news/2008BoardingReport.pdf)
3. Joint Commission Resources. Tradução Lopes FM. Gerenciando o Fluxo de Pacientes- Estratégias e Soluções para Lidar com a Superlotação Hospitalar. Porto Alegre: Editora Artmed; 2008, 147p.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento e classificação de risco. Brasília; 2009.(Série Cartilhas da PNH). Acessado em 20/02/2010 disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)
5. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency Triage. Manchester Triage Group. 2ªed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.; 2006. 178p.
6. Redes Regionais de Atenção às Urgências e Emergências. Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG. Acessado em 12/12/2009. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/redes-regionais-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/redes-regionais-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias)
7. Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. Emergencias 2003; 15:165-74.

8. Martins HM, Cuña LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J* 2009; Mar 26(3):183-96.
9. Wulp I, Schrijvers AJ, van Stel HF. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emerg Med J* 2009 Jul; 26(7):506-09.
10. Schellein O, Ludwig-Pistor F, Bremerich DH. Manchester triage system. Process optimization in the interdisciplinary. *Emerg Department Anaesthetist* 2009 Feb; 58(2):163-70 (Deutschland)
11. Baibergenova A, Leeb K, Jokovic A, Gushue S. Missed Opportunity: Patients Who Leave Emergency Departments without Being Seen. *Healthcare Policy* 2006; v.1 n 4.
12. Jimenez JG, Murray MJ, Beveridge R, Pons JP, Cortes EA, Garrigos JB, et al. Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? *CJEM* 2003; 5(5):315-22.
13. Weiss SJ, Ernst AA, Derlet R, King R, Bair A, Nick TG. Relationship between the National ED Overcrowding Scale and the number of patients who leave without being seen in an academic ED. *Am J Emerg Med* 2005; 23(3):288-94.
14. Polevoi SK, Quinn JV, Kramer NR. Factors Associated with Patients Who Leave without Being Seen. *Acad Emerg Med* 2005; 12(3):232-36
15. Fernandes CMB, Price A, Christenson JM. Does reduced length of stay decrease the number of emergency department patients who leave without seeing a physician? *J Emerg Med* 1997; 3:397-39.
16. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(3):469-78.
17. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciênc e Saúde Coletiva* 2009; 14(5):1929-938.

18. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p.197-210.
19. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R.; Mattos R.A. (Orgs).Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 113-126.
20. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro,CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2006.
21. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade Cad Saúde Pública 2006; 22(11):2449-463.
22. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2009; 25(7):1439-1454.
23. Sá MC, Carreiro TC, Fernandes MIA. Limites do Cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. Cad Saúde Pública 2008; 24(6):1334-343.

### **ARTIGO 3**

## **A IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM MANCHESTER EM UM HOSPITAL BRASILEIRO: uma análise para além de sua dimensão técnica**

Este artigo apresenta e discute os resultados obtidos no estudo, analisados sob a perspectiva das múltiplas dimensões que configuram a micropolítica da organização hospitalar.

**A IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COM UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE TRIAGEM MANCHESTER EM UM HOSPITAL BRASILEIRO: uma análise para além de sua dimensão técnica**

**THE INTRODUCTION OF THE RISK CLASSIFICATION WITH USE OF THE MANCHESTER TRIAGE SYSTEM INTO A BRAZILIAN HOSPITAL: an analysis beyond its technical dimensions**

**RESUMO**

**Objetivos:** caracterizar as percepções, dificuldades e mudanças no cotidiano dos profissionais responsáveis pela operacionalização do Sistema de Triagem de Manchester (STM) e verificar os impactos de sua implantação na micropolítica do hospital.

**Métodos:** Pesquisa qualitativa, que se utilizou de registros em diário de campo, grupo focal com membros da equipe multiprofissional, entrevistas com atores estratégicos e levantamento documental.

**Resultados:** Apesar das dificuldades iniciais para a implantação, a equipe multiprofissional faz uma avaliação positiva do STM, resultando em melhor definição das regras e fluxos de trabalho e maior conhecimento do perfil de pacientes. Dentre os principais problemas, destaca-se a baixa articulação do serviço de emergência do hospital com a rede de serviço de emergência e com a atenção primária que resulta em grande demanda de atendimento; conflitos de autoridade entre médicos e enfermeiros, com transformação dos papéis tradicionais desses profissionais, entre outros.

**Conclusões:** O STM, se bem-sucedido, tanto impacta o campo das relações de poder como pode vir a se constituir em indutor de construção e articulação de redes assistenciais. No entanto, é necessário um processo permanente de negociação.

**PALAVRAS-CHAVE:** classificação, triagem, serviço hospitalar de emergência, política de saúde.

## ABSTRACT

**Objectives:** Outlining the perceptions, challenges and changes in the common practices exerted by professionals responsible for the planning and operation of the Manchester Triage System(MTS), in addition to checking its impact on the micropolicy of the hospital.

**Methods:** Qualitative research through field reports, focal group with members of the multidisciplinary team, interviews with strategic actors and documentary survey..

**Results:** Despite the initial difficulties met at the introduction of a new service system, the multidisciplinary team evaluate the MTS positively, which resulted in a better definition of working rules and flows, and enhanced knowledge of patient profiles. Among other main issues, these are outstanding problems arising from the experience: a) deficient links involving the hospital emergency department, the city emergency department network and the primary health care services, which lead to meaningfully increased demands; and b) the authority conflicts between physicians and nurses with a transformation of the traditional roles played by such professionals.

**Conclusions:** When successful, the MTS either impacts the relations of power or might become an inducing agent for the construction and configuration of health care networks. However, a permanent process of negotiation, is required.

**KEYWORDS:** classification, triage, hospital emergency department (ED), health policy.



## INTRODUÇÃO

A experiência de adoção do Acolhimento como modo constituinte das práticas de saúde é hoje bastante conhecida e difundida nos serviços de saúde. Entretanto, o uso da ferramenta de classificação de risco ainda é um desafio para as instituições de saúde. O Acolhimento com Classificação de Risco surgiu como uma das alternativas possíveis para qualificar as “portas dos Serviços de Emergências”, apresentado pela Política Nacional de Humanização como dispositivo tecno-assistencial para mudança no modo de produção do cuidado em serviços de emergência<sup>1</sup>.

O termo “classificação de risco” é empregado mais comumente no Brasil em substituição ao termo “triagem”, utilizado internacionalmente. Para Mackway-Jones, Marsden e Windle<sup>2</sup>, “*triagem é um sistema de gerenciamento de risco clínico, implementado em todo mundo para gerenciar fluxo de paciente com segurança, quando a necessidade clínica excede a capacidade*”(p.1).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM) foi desenvolvido em 1997 pelo Manchester Triage Group e é usado em serviços de emergência como protocolo para classificação de risco a partir da definição da prioridade clínica de acordo com a queixa apresentada pelo paciente. Possui cinquenta e dois fluxogramas para diferentes problemas que podem ser classificados em cinco níveis de prioridade ou categorias. A cada categoria é atribuído número, cor (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), nome e tempo alvo máximo aceitável até o primeiro atendimento médico<sup>2</sup>.

Na literatura, já existe número expressivo de estudos de avaliação do STM voltados para os seguintes aspectos: identificação da capacidade do STM para detectar pacientes criticamente doentes que precisam de internação em CTI<sup>3,4</sup>; investigação da dor torácica<sup>5,6</sup> e capacidade para classificar corretamente pacientes com síndrome coronariana<sup>7,8</sup>; capacidade para prever internação e mortalidade<sup>9,10</sup>; investigação das prioridades atribuídas aos pacientes internados na unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC)<sup>11</sup>; investigação do uso do STM em pediatria<sup>12-15</sup>. Outros estudos<sup>16-19</sup> avaliaram a confiabilidade e/ou validade do STM nos serviços de emergência de hospital geral. A classificação da dor foi investigada em três estudos<sup>20-22</sup>.

O presente estudo foi realizado em hospital geral terciário de referência regional para uma população de 1,1 milhões de pessoas dos municípios de Belo Horizonte e da Região Metropolitana, com capacidade de 319 leitos e um grande serviço de emergência para atendimento ao trauma, casos clínicos, pediatria e obstetrícia. Mensalmente, realiza uma média de 9.000 atendimentos de urgência, 1.450 internações, 280 partos, 525 cirurgias e 2.000 atendimentos ambulatoriais para acompanhamento de egressos. A partir de novembro de 2008, implantou o STM, sendo uma das instituições pioneiras de sua utilização no país.

A pesquisa teve como objetivo verificar os impactos da implantação do STM na micropolítica do hospital, considerada, no estudo, como o conjunto das relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, atravessada e constituída por relações de poder, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional”. Esta, apesar de só poder ser compreendida em sua relação dialética com as determinações mais “macro” ou “externas”, apresenta-se como o espaço singular em que é produzido o cuidado direto aos pacientes, resultado de custoso e complexo processo de coordenação, comunicação e organização dos processos de trabalho de vários tipos de profissionais. A implantação e a operacionalização do STM revelaram-se como momentos privilegiados para a observação desse mundo micropolítico.

## **MÉTODOS**

O estudo, de caráter qualitativo, com as vantagens e possibilidades apontadas por Cooper Endacott e Chapman<sup>23</sup>, analisou a implantação do STM a partir dos relatos dos profissionais envolvidos diretamente em sua operacionalização cotidiana. Foram utilizados os seguintes procedimentos metodológicos: a) diário de campo, a partir da observação participante e da coleta de depoimentos nos meses iniciais de implantação da nova sistemática de trabalho; b) grupo focal, oito meses após a implantação do STM; d) entrevistas não estruturada com dois médicos que trabalham no pronto-socorro diariamente e com dois atores externos ao hospital que participaram da formulação da política no Estado de Minas Gerais; e) levantamento documental tais como relatórios gerenciais e documentos oficiais.

A técnica de grupo focal<sup>24</sup> foi escolhida por possibilitar informações detalhadas sobre o tema e por permitir captar aspectos subjetivos dos participantes acerca da experiência vivenciada. Os critérios para a inclusão dos participantes do grupo focal foram: a) Profissionais que participaram de todo o processo de implantação do STM e que ainda atuam no serviço de emergência; e b) Coordenadores e membros da diretoria do hospital que fazem o acompanhamento direto do STM. Participaram do grupo focal nove enfermeiros, três médicos, três funcionários administrativos que trabalham diretamente da recepção, dois membros da diretoria que acompanharam a implantação do STM, um gerente, cinco coordenadores assistenciais e duas arquitetas que acompanharam as adequações necessárias para a implantação do STM. A adesão ao grupo foi voluntária, e o encontro foi realizado nas dependências do hospital com duração de uma hora e quarenta e três minutos. No final do encontro, o coordenador do grupo focal apresentou uma síntese dos temas discutidos para a apreciação e confirmação de suas observações e anotações. O encontro foi gravado, e o material foi transcrito para leitura e análise

Para análise do material coletado foi utilizada a técnica de análise de conteúdo conforme Bardin, (1994)<sup>25</sup>, como uma das formas possíveis de tratamento de dados em pesquisa. A técnica de análise de conteúdo possibilita uma ‘leitura profunda’ das comunicações, indo além da leitura aparente. A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados, através da atividade de agrupar elementos comuns presentes nos conteúdos das mensagens. No processo de organização dos dados obtidos neste estudo, foram identificados os trechos significativos, assinalados e agrupados por temas afins direcionados pelos pressupostos do trabalho. Ao final, procedeu-se à análise definitiva, correlacionando os achados aos referenciais teóricos pertinentes à investigação, que se configuraram em categorias de análise, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Utilizou-se da produção da literatura disponível sobre sistemas de classificação de risco, em especial do Sistema de Triagem de Manchester, e da produção científica que discute o complexo território micropolítico das organizações em geral e do hospital em particular.

## RESULTADOS

A equipe multiprofissional que atua no serviço de emergência faz uma avaliação positiva da classificação de risco com utilização do STM, considerando que houve impacto positivo em seu cotidiano e que, a despeito das dificuldades enfrentadas na sua implementação, consideram necessário, pois proporciona maior segurança para a equipe e o paciente. Entretanto sua implementação é complexa e pode ser evidenciada pelos resultados encontrados, organizados e apresentados por temas:

### 1. Relativo ao protagonismo dos usuários

A população exerce um papel fortemente protagonista na conformação do modelo assistencial do hospital ao assumir posição ativa perante as novas regras de acesso e de funcionamento do serviço de emergência. A demanda por atendimento não é regida apenas pelo maior ou menor “acesso à informação” sobre as novas regras de funcionamento do serviço de urgência por parte das pessoas. É fortemente influenciada por valores e representações a respeito do hospital como produtor de valor de uso diante de suas necessidades, mesmo considerando que a atenção primária deveria constituir-se na principal instância para atendimento do paciente classificado como pouco urgente ou não urgente como pode ser evidenciada pelo relato do médico:

*De certa forma, a população, ela vem aprendendo o que é o processo de triagem, o tempo de espera, a classificação de risco. Agora, o que deveria mudar, em um sentido mais amplo em termos de classificação, é o sistema de saúde. ... Acho que, o paciente, ele até sabe, mas prefere vir aqui porque sabe que vai ser atendido. Eles preferem vir aqui do que ir para UPA, ou para o posto de saúde. Nesta questão o paciente está bem informado.*

Ainda em relação ao comportamento do usuário, uma enfermeira relatou a fala de um usuário: *O usuário falou – o sistema não é Sistema Único de Saúde? Eu posso ser atendido aqui como lá, o SUS é um só, eu não quero ir para outro lugar ....*

A classificação de risco amplia a possibilidade de acesso ao serviço de emergência, ao mesmo tempo em que evidencia a já conhecida desproporção entre a demanda e a capacidade de oferta de atendimento. *..eles forçam a entrada e, quando estão dentro, continuam forçando. “Cheguei aqui tem três horas! Não fui atendido, doutora, me disseram que eu vou ficar duas horas, três horas“. E aí, a gente explica não sei quantas vezes.*

O relato da enfermeira também evidencia a dificuldade com o atendimento de toda a demanda.

*Então se a gente tivesse esta autonomia de falar esse não vai ser atendido mesmo, você é de posto de saúde, você é da UPA, eu acho que isso educaria a população. Mas ela acaba ficando esperando, fica quatro, cinco horas, mas vai entrar, vai fazer raio x, fazer ultra-som, vai ser atendido pelo médico. ....E ele espera. Ele estava orientado que vai demorar, e, quando começa a demorar, ele faz um escândalo, e ele quer entrar. Têm pacientes que realmente brigam.*

O grupo reconhece a força que tem o hospital para atrair as pessoas, pela segurança que oferece, por seus equipamentos e tecnologia, a certeza de ter um médico e a incerteza dos outros serviços do Sistema de Saúde, que não atende à expectativa individual de integralidade do cuidado. Portanto, esse é, tipicamente, um problema cuja busca de solução não é só do hospital, mas do Sistema de Saúde como um todo.

## **2. Relativo à articulação de uma rede de serviços de saúde**

A baixa articulação da rede de cuidados do Sistema de Saúde e a imprecisa definição dos papéis e responsabilidades de cada serviço da rede pelo atendimento em situações consideradas de urgência e/ou emergência interferem negativamente na operacionalização do STM.

O atendimento de pacientes triados na categoria menos urgente num hospital de complexidade elevada, como é o caso do estudado, causa descontentamento entre os profissionais, tensão e conflitos na sala de espera, prejudicando o atendimento dos pacientes com maior necessidade clínica, como relatado pela médica diarista da sala amarela: ***Para a população é bom, mas pra nós não, porque foi muito serviço. O meu trabalho não mudou, mas o volume sim e de paciente sem gravidade. Por isso o tempo de espera é longo, ainda continua demorando muito.***

Há uma clara compreensão da fundamental necessidade de articulação entre os vários serviços de urgência e os demais serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde, em função da quase impossibilidade de se atender a toda a demanda, como explicita a médica.

*Durante o processo, além da discussão interna, a gente começou a fazer a discussão, da implantação do protocolo com as Unidades de Pronto Atendimento Venda Nova, Norte e Pampulha que referenciam para o Risoleta. Na discussão a proposta era que alguns pacientes classificados aqui seriam encaminhados para a UPA tal, de acordo com o lugar que morava. Isto avançou e chegou num momento em que havia um consenso entre as unidades, que era cabível Abrimos com a expectativa de que conseguiríamos fazer isto. Só que no meio do*

*caminho essa negociação desandou, o que havia sido pactuado não foi efetivado por uma circunstância do município ..... Então o primeiro cuidado são medidas e ações que tem que ser internas e outras que são com a rede porque o hospital não está sozinho, está inserido na rede e quando você implanta o protocolo, tem impacto na rede. Este foi um cuidado que a gente procurou ter e depois esta negociação teve que retroceder. Internamente isto foi ruim.* (médica assessora)

Foi salientado pelo entrevistado da SES:

*Se eu tenho pessoas chegando no hospital que “não eram” para estarem lá naquele momento porque que elas estão? O que está acontecendo com a rede? Ele era pra estar na atenção primária, mas porque que ele não tá? O que está acontecendo na atenção primária? Isso obriga uma reflexão e é o que a gente tem visto! A classificação de risco é muito potente pra induzir essa discussão.*

A implantação da classificação de risco-STM implica em discutir e compartilhar o conceito de risco com a Rede além de subsidiar a definição de fluxos para facilitar o percurso do paciente pelo sistema de saúde, como salientou o médico:

*(...)acho que esse conceito de risco tinha que ser compartilhado, o processo tinha que ser disseminado em toda a rede. ...Quer dizer, aquele paciente que está gravíssimo, ele vai ser atendido no Risoleta. Um que está mais ou menos grave, ele vai para UPA. Mas tem pacientes que ficam no limbo. Eu acho que esse é um problema. Quando ele percebe uma necessidade mais clara, pode ser que ele use esse recurso de forçar, mas nem todos vão perceber. Então, se o conceito de risco não é compartilhado, se essa avaliação não é feita também no centro de saúde e na UPA com o mesmo conceito de risco, eu acho que vai haver problemas e vai haver pacientes que vão ficar no limbo. Então é uma pressão que é feita dentro do Risoleta, ele recebe o impacto do Sistema e da população, como um todo...Encaminhar os pacientes não é fácil porque o usuário nem sempre aceita e alguns dos pacientes encaminhados para as UPA estão voltando e é um problema porque não sabemos como fazer.*

Assim completou a enfermeira...*o SAMU já vai saber qual o paciente que ele tem que trazer para o Risoleta, qual o paciente que ele leva pra a UPA. Então, é a organização da rede como um todo, mesmo. Todo mundo falando a mesma linguagem.*

### **3. Em relação à corporação médica e de enfermagem: evidenciando antigas tensões**

O STM acentua elementos prévios de tensão entre a equipe médica e a de enfermagem, sendo estes os principais problemas apontados pela enfermagem em seu processo de operacionalização: a baixa adesão da equipe médica, a demora no atendimento médico provocando acúmulo de pacientes, a resistência dos médicos em atender os pacientes classificados como pouco urgentes e em aceitarem o novo papel do enfermeiro na organização

da produção do cuidado. A classificação de risco realizada pelo enfermeiro é frequentemente questionada em sua “legalidade”, mesmo se reconhecendo que a experiência internacional o legitima nessa função. Por outro lado, a gestão interna do cuidado no serviço de emergência fica potencializada quando se consegue estabelecer uma melhor parceria entre o coordenador médico do plantão e o enfermeiro da classificação de risco.

*O enfermeiro faz um treinamento pra poder atuar, o médico, não. Então, a partir do momento que você tem uma parcela da equipe treinada e a outra não, você não consegue ter um consenso pra poder resolver todos os problemas que aparecem. ....Em lugar nenhum o médico vai pra porta fazer classificação, usar o protocolo mesmo. Mas, ter o conhecimento é muito importante. Eles vêm questionando coisas que na verdade eles não conhecem; Parece que alguns deles não aceitam este trabalho feito pelo enfermeiro, como se nós estivéssemos impondo um atendimento e aí não aceitam, dá uma sensação que eles estão boicotando o trabalho da gente e não é de forma isolada não, é em todo plantão. (enfermeiro triador).*

*Em todos os locais é o enfermeiro o classificador. Eu acho que é mais cultural esse processo. Você não vê isso muito dentro da Inglaterra, na Holanda, na Alemanha.. os enfermeiros são muito potentes nas equipes. É um processo que não é que não há resistências, mas ela é bem menor. Já países como Portugal e Espanha os médicos são mais resistentes talvez pela cultura de organização do serviço.(...) A outra coisa que também nos levou pra discussão do STM foi justamente a forma de entrada dele, por ser queixa ele reduzia, um pouco, a questão por exemplo do enfermeiro poder usar e que na época a gente estava acompanhando a discussão do Ministério da Saúde – (Humanização) com o conselho de medicina e alguns conselhos de medicina regionais chegaram a proibir o enfermeiro.(entrevistado da SES)*

Um coordenador de plantão salientou:

*Outra coisa que havia, foi a reclamação de médicos que achavam que a classificação estava errada, que o paciente triado como amarelo era verde. Hoje as enfermeiras quando percebem que vai dar problema com os médicos elas me ligam e eu autorizo e digo que se o médico reclamar é pra dizer que eu autorizei e aí diminui este tipo de atrito. As vezes ele até fica bravo e vem conversar comigo.(...)*

#### **4. A necessidade de discussão e readequação contínua dos espaços, equipe, fluxos e rotinas**

O coordenador médico atuante no cotidiano do serviço é facilitador de uma melhor organização do processo do trabalho na emergência, em particular pela necessidade de acompanhamento permanente para conseguir atender o paciente no tempo indicado pelo STM e para o alcance da agilidade da decisão clínica. Mostrou-se imprescindível para facilitar, potencializar e respaldar o trabalho do enfermeiro na classificação de risco, assim como para a institucionalização da nova sistemática de funcionamento do hospital, como relatado pelos enfermeiros e coordenador de plantão:

*É muito bom quando o coordenador de plantão está envolvido com o que está acontecendo, a gente chama, ele vem e ajuda; Mesmo com problema, a coordenação de plantão ajuda muito, o que falta é trabalhar mais junto com a gente.* (enfermeiro triador).

*Eu como coordenador faço questão de não tirar a autoridade da classificação que foi realizada. Se a enfermeira está lá, ela está lá pra isso. Se ela triou o paciente como verde e vai encaminhar o paciente e se eu chego lá e falo pode colocar o paciente pra dentro, eu estou minando tanto o processo de classificação de risco quanto a autoridade e o papel da enfermeira. Eu não refaço a classificação, eu reforço o papel delas porque elas que tem que ser as responsáveis pelo processo, elas é que estão lá, eu nunca melhora ou pioro o doente, por exemplo, porque tem reclamação.* (coordenador de plantão)

A implantação do STM requer não só a anuência da direção do hospital, mas seu envolvimento direto no processo de implantação para intervir sobre os problemas, agilizar a tomada de decisão e legitimar a classificação de risco como política institucional. A direção da unidade acompanhou com reuniões diárias o andamento da implantação, reconduzindo o processo quando necessário

A mobilização e treinamento das equipes, em particular da equipe médica, configura-se como elemento fundamental para diminuir a resistência desses profissionais ao novo modo de funcionamento do hospital. A realização de treinamento dos profissionais não é só uma questão de capacitação técnica, mas, sobretudo, uma estratégia de mobilização e envolvimento dos profissionais com o processo de implantação, para uma almejada adesão ao projeto institucional, como aponta o enfermeiro triador: *os médicos fazem questionamentos que demonstram a desinformação e desconhecimento do protocolo, inclusive alguns médicos coordenadores de plantão*

Também relatado pelo representante da diretoria...*a gente até falhou um pouco nisso. Talvez a gente devesse ter investido mais em trabalhar o protocolo com as equipes médicas.*

A estrutura física é um componente essencial para a organização dos fluxos internos, para a otimização dos recursos materiais e humanos, visando oferecer condições de atendimento segundo critérios de humanização da assistência. Boa parte das dificuldades apontadas pela equipe refere-se ao espaço físico insuficiente e inadequado para o atendimento.

*Estruturar fisicamente um hospital pra receber a classificação de risco, é fundamental. A gente não teve recursos financeiros pra fazer adequações. Então, a gente teve que adequar ao que a gente tinha, pra abrigar toda a parte de classificação, .... então tudo é muito ruim* (arquiteta)

*a sala amarela não tem uma estrutura física adequada para o paciente e nem pra equipe. O atendimento é bom, mas não é humanizado* (médica da sala amarela).



A implantação da classificação de risco requer ampliação da equipe médica e de enfermagem como condição necessária para o funcionamento permanente e adequado e para garantir o tempo do atendimento médico determinado pelo STM. Foram contratados médicos e enfermeiros para o adequado funcionamento do novo processo de trabalho. Também mobiliza toda a equipe do hospital e interfere em outros setores, particularmente no serviço de apoio diagnóstico pelo aumento do volume de pacientes.

## **5. A necessidade de reavaliação contínua dos aspectos técnicos do protocolo**

A equipe de enfermeiros e médicos percebe que o STM parece apresentar inadequações em sua formulação para algumas situações/queixas, isto é, existe dificuldade para encaixar a queixa ao fluxograma e a prioridade clínica. Além disso, as queixas que podem caracterizar o problema e definir o discriminador, nem sempre favorecem a entrada do doente na categoria de urgência correspondente ao risco, afetando sua sensibilidade.

*No Brasil, existem algumas doenças que não têm nos outros lugares do mundo onde ele foi aplicado. Então, como é que a gente aplica pra uma realidade que é diferente?(enfermeira)*

*A gente nota que algumas coisas não são muito bem triadas não por deficiência da equipe, mas por deficiência do protocolo. (enfermeiro triador)*

*O protocolo parece ser inadequado por exemplo, os parâmetros de frequência cardíaca e glicemia. O fato de não ter medida de pressão arterial.(médico da sala amarela).*

*Acho também que precisa melhorar a sensibilidade do protocolo para síndrome coronariana. (médico coordenador)*

*Tem muitos pacientes, que a gente não consegue encaixar de acordo com a queixa. Uma vez, o neurologista sentou comigo pra tentar ver como encaixaria um paciente que simplesmente começou com uma paralisia de um lado, então a queixa dele é que um lado do corpo parou de mexer. Ele não sente dor, ele não sente nada, e máximo que ele consegue ser encaixado é no amarelo, tendo que esperar uma hora, sendo que, um paciente como esse deveria ter atendimento imediato, esse tempo conta muito. Então tem algumas coisas que realmente o protocolo não consegue encaixar. (enfermeiro triador)*

As modificações incorporadas na segunda edição do protocolo não estão disponíveis para uso no Brasil, o que contribuiu para gerar mais dificuldades para a equipe. Isso significa que, trabalhando com a primeira versão, a equipe do HRTN tem deixado de usufruir de modificações importantes, obtidas por estudos mais recentes incorporados à segunda versão.

A rigidez das regras para sua operacionalização e, principalmente, a inexistência de espaço institucional para a reflexão compartilhada da equipe multiprofissional sobre o cotidiano do trabalho com o STM torna o processo de classificação de risco difícil de ser

realizado em muitos momentos, e isso motiva desentendimentos e desgaste entre médicos e enfermeiros.

*Eu acho que tem vários estudos validando né? Mas acho que teria que ter um sistema que fosse, assim, mais maleável Por exemplo, uma queda de um idoso e uma queda de uma criança na grande maioria das vezes são causas completamente diferentes. E no protocolo, por exemplo, pede glicemia capilar em 100% dos casos e que uma glicemia capilar que seria de 65, 70 em uma criança seria normal, e no idoso poderia não ser, mas os dois seriam classificados como vermelho.....a gente poderia mexer nisso? Uma vez eu até briguei com o pessoal porque não sabia que não era maleável.(médico pediatra).*

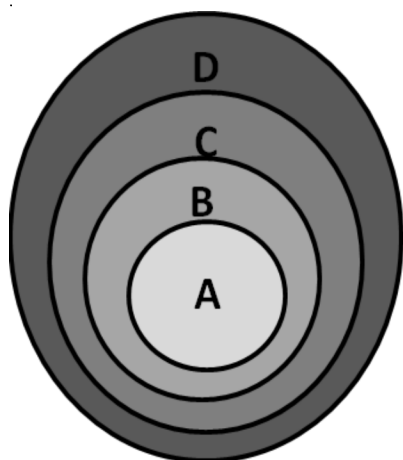
Por isso, há a necessidade de espaços da conversação e reconstrução das normas, regras e fluxos do mundo onde se realiza o trabalho, na busca de novas respostas e aperfeiçoamento do processo de classificação de risco.

A auditoria da classificação de risco também é apontada como instrumento necessário para o aprimoramento desse processo de classificação, aumentando a capacidade do enfermeiro para atribuir a correta prioridade clínica, o que resultaria em crescente validade e confiabilidade do STM, configurando um processo de educação permanente do enfermeiro. ***A gente ainda não conseguiu fazer a primeira auditoria da triagem. Então acho que vai ser muito legal, importante pra dar um retorno, de como está andando. (enfermeira)***

Como apontado em vários estudos<sup>3,5,6,7,8,16,19</sup>, o treinamento e a experiência do enfermeiro na aplicação do STM interferem em sua validade e confiabilidade.

## **DISCUSSÃO**

Várias dimensões podem ser reconhecidas como configurando a micropolítica das organizações hospitalares, como representado na figura 1 (Cecílio 2008)<sup>26</sup>. Podemos dizer que cada dimensão apresenta características próprias, o que lhes confere singularidade enquanto objeto de estudo, produção teórica e intervenção. Entretanto, sua representação em círculos é para destacar a imanência que guardam entre si. Analiticamente, trabalha-se, no presente artigo, com a idéia de que os achados da pesquisa podem ser analisados sob a perspectiva da especificidade de cada uma dessas dimensões, desde que considerada em sua relação com as demais.



**A – A produção do cuidado.** A divisão técnica e social do trabalho e a complexa coordenação interprofissional do cuidado (o trabalho de equipe). A organização dos processos de trabalho: fluxos de pacientes, uso de protocolos, escalas de trabalho, rotinas, etc. A incorporação tecnológica.

**B – O campo de relações de poder.** Linhas de autoridade legal-formal do hospital. Mecanismos transversais de disciplinamento e controle. A permanente busca da cooperação e/ou consenso. Conflitos abertos e encobertos.

**C – A “institucionalidade” do hospital.** O Regime jurídico. O modelo de gestão e a estrutura organizacional. As fontes de financiamento e *accountability*. A política de pessoal. A cultura organizacional. O grau de complexidade e o perfil assistencial do hospital.

**D – O contexto macrossocial.** A política de saúde. O perfil demográfico e epidemiológico da população. A articulação com o sistema de saúde. O controle social.

**Figura 1 – As várias dimensões que configuram a micropolítica nas organizações hospitalares (Cecílio, 2008)**

A dimensão **A** expressa o território onde se realiza o cuidado direto aos pacientes. Ele é a materialização dos saberes e das práticas profissionais em processos de trabalho regidos por normas, rotinas, protocolos e permanentemente renovadas por dinâmicas de comunicação e coordenação, para estabelecer uma organização sistemática das diversas atividades, dos diversos profissionais. É a dimensão da vida organizacional mais visível para os pacientes e profissionais. A operacionalização da classificação de risco - STM se dá diretamente nesta dimensão, percebidas por todos por provocar mudanças de fluxos, rotinas e procedimentos.

Já a dimensão **B** é menos acessível à observação que a anterior, exatamente por ser constituída pelas relações de poder e dominação que atravessam e constituem a micropolítica e que não se revelam tão prontamente ao observador externo e/ou ao pesquisador. O estudo, partindo da objetividade e materialidade do STM que se realiza em **A**, conseguiu algum acesso a **B**, ao valorizar exatamente as vivências e percepções dos atores institucionais a respeito das

relações dos fenômenos denominados de *relações de poder* na organização<sup>27</sup>. Os resultados mostram como, para além das evidentes transformações na dimensão **A**, o STM implica em importantes (e novas) tensões entre os dois principais corpos profissionais do hospital – médicos e enfermeiros. O STM implantado para a classificação de risco é uma estratégia gerencial que interfere na autonomia do trabalho médico, em particular quando a priorização e a ordem do atendimento passam a ser definidas pelo enfermeiro orientada pelas definições do protocolo, funcionando como um *dispositivo institucional* de regulação e controle interposto entre o médico e o paciente. Por outro lado, ao dar ao enfermeiro uma função mais destacada dentro do hospital, “promovido” de sua função clássica de profissão *coadjuvante* para uma função mais *protagonista* na produção do cuidado, o STM evidencia ou dá mais contraste à tensão (nem sempre reconhecida) entre esses dois corpos profissionais. Por isso, pode-se dizer que a classificação de risco com utilização do STM tem impactos sobre a dimensão **B** nem sempre reconhecidos quando é implantado em um serviço de urgência. Não encontramos a valorização de tal fato na revisão da literatura. Assim, para além de mero dispositivo técnico, o STM usado para classificação de risco pode ser visto como uma *tecnologia política* pelo potencial de interferência que tem sobre as relações de poder existentes nos serviços de emergência. A decisão da prioridade clínica, ao ser regida por critérios objetivos, bem definidos, rígidos e “impessoais”, e não mais por uma avaliação autônoma dos profissionais a partir de seus critérios éticos e técnicos pessoais, pode ser vista como parte do que tem sido denominado de **racionalização crescente da vida hospitalar**. Tal fenômeno tem sido definido como o conjunto de estratégias de gestão que visam disciplinar, regulamentar e controlar a vida no hospital, introduzindo elementos de racionalização, previsibilidade e controle, com possíveis impactos na própria institucionalidade da organização hospitalar<sup>28</sup>. Aqui, já entrando na dimensão **C**, a que fala da institucionalidade do hospital, em particular de seu regime jurídico e da racionalidade que busca imprimir a seus processos de gestão.

O hospital estudado, apesar de ser público, pertencente ao governo do Estado de Minas Gerais, adota, desde 2006, um modelo jurídico de gestão não-estatal, norteado por regras de direito privado, a partir de convênio estabelecido entre o Estado e uma Fundação de direito privado, o que lhe confere maior autonomia administrativa, seguindo tendência mundial de “empresariamento” do Estado<sup>29-30</sup>. A implantação do STM ocorreu após a mudança do regime jurídico do hospital, e parece ter sido favorecida por essa sua nova institucionalidade, em

particular pelo fato de o convênio de gestão com o Estado prever o monitoramento do alcance de metas, tanto de eficiência como de eficácia de suas ações e maior flexibilidade na gestão interna de recursos.

A compreensão dos trabalhadores sobre a necessidade de articulação entre os vários serviços pertencentes ao Sistema de Saúde, principalmente entre os que compõem a rede de urgência e emergência para fazer frente à demanda que pressiona o serviço, remete-nos à dimensão **D**, evidenciando a interpenetração e influência mútua entre as várias dimensões. Não é possível implantar o STM sozinho, desarticulado dos demais serviços da rede. O processo de implantação da classificação de risco exige trabalhar e fortalecer a aproximação do hospital com todas as outras unidades do sistema de saúde, o que nem sempre é fácil, como percebem claramente os profissionais em suas vivências diárias. Percebe-se que há ainda um grande número de pacientes com dificuldades de atendimento tanto nas unidades de urgência não hospitalares como na rede de atenção primária<sup>31</sup>, os quais estão em busca de alguma resposta no serviço de emergência do hospital estudado. Apesar de avanços na organização da atenção primária, ainda permanecem as restrições ao atendimento das necessidades mais agudas<sup>32</sup>. A partir da organização da rede de cuidado, especialmente a atenção básica, esperava-se que o hospital deixasse de ser a porta de entrada ao Sistema de Saúde, redefinindo seu papel como um lugar reservado aos pacientes em condições clínicas mais severas, que exigem cuidados contínuos e em situações de risco.

## CONCLUSÃO

O estudo mostra como a implantação da classificação de risco com utilização do STM precisa levar em consideração *todas as múltiplas dimensões* que atravessam e constituem o complexo território micropolítico do serviço de emergência no hospital, indo além do que se apresenta de modo mais imediato na materialidade dos processos de trabalho que se realizam na dimensão da produção do cuidado.

Se bem-sucedido, o STM impacta o campo das relações de poder presentes no serviço de emergência e de forma marcada, o campo do saber - poder das profissões médica e de enfermagem. Nos serviços de urgência, coexistem relações de colaboração e complementaridade entre as duas corporações sem o que não seria possível produzir o

cuidado, mas, ao mesmo tempo, é possível reconhecer importantes elementos de dissenso e de disputa, quase sempre “silenciadas” no instituído hospitalar. A implantação do STM “provoca” esse campo como que abrindo fendas na micropolítica do serviço, fazendo brotar elementos interrogadores sobre o modo de produção do cuidado, em particular, o modo como se estabelecem as relações entre os profissionais no tumultuado território dos serviços de urgência. Seria possível dizer que o STM, mais do que um dispositivo técnico-gerencial para classificar o risco, ordenar fluxos e qualificar o cuidado, constitui-se em *tecnologia política* por interferir intensamente nas relações de poder presentes no serviço de emergência. Deve ser, portanto, apreciada em sua relação com a reconhecida tendência mundial de racionalização crescente das práticas médico-hospitalares, com consequências ainda não claras sobre o modo clássico de funcionamento do hospital.

O estudo mostra ainda como o envolvimento e a adesão dos profissionais são elementos essenciais para o sucesso da implantação da classificação de risco, exatamente por produzir deslocamentos e novas tensões na já tensionada vida da organização hospitalar. O coordenador médico atuante no cotidiano do serviço é facilitador para uma melhor organização do processo do trabalho na emergência e também para diminuir a tensão entre os profissionais, podendo ser considerado como ator estratégico para o sucesso da implantação do STM para classificação de risco em serviços de emergência.

É dependente também de ações e mudanças nas demais dimensões - referentes a institucionalidade do hospital e o contexto macrossocial – a partir de uma nova articulação do hospital com o sistema de saúde. As deficiências do sistema locorregional de saúde, em particular a insuficiente resolutividade e responsabilidade da rede básica de serviços, aliada ao posicionamento ativo da população que elege o hospital como lugar preferencial para o atendimento de suas necessidades, interferem negativamente em sua operacionalização nos termos idealizados pelos seus formuladores. A utilização de pelo menos sua lógica e seus critérios, em particular o compartilhamento do conceito de risco para a definição de fluxos de atendimento, pode se configurar numa potente estratégia para definir fluxos, melhorar o percurso do paciente pelos diversos serviços da rede, a partir de critérios unificados e tecnicamente seguros.

Sendo assim, a implantação da classificação de risco com utilização do Sistema de Triagem de Manchester exige permanente rede de conversação e negociação interna e externa,

podendo vir a se constituir em indutor de construção e articulação de redes assistenciais e uma tecnologia para a humanização da assistência a partir da ênfase na equidade, qualificação do cuidado e eficiência da gestão do serviço de emergência.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Acolhimento e classificação de risco*. Brasília, 2009.(Série Cartilhas da PNH). Acessado em 20/02/2010 disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)
2. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency Triage. Manchester Triage Group. 2ªed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. p.1, 2006
3. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med*. 1999;6(3):179-81.
4. Subbe CP, Slater A, Menon D, et al. Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emerg Med J*. 2006;23(11):841-45.
5. Speake D, Teece S, Mackway-Jones K. Detecting high-risk patients with chest pain. *Emerg Nurse*. 2003;11:19-21.
6. Wright J, Hogg K, Mackway-Jones K. Identifying Pleuritic Chest Pain. *Emerg Nurse*. 2006;14(3):22-24.
7. Trigo J, Gago P, Mimoso J, et al. Tempo de demora intra-hospitalar após triagem de Manchester nos Enfartes Agudos do Miocárdio com elevação de ST. *Rev Port Cardiol*. 2008;27(10):1251-59.
8. Matias C, Oliveira R, Duarte R, et al. The Manchester Triage System in acute coronary syndromes. *Rev Port Cardiol*. 2008;27(2):205-16.
9. Martins HM, Cuña LM, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J*. 2009;26(3):183-6.

10. Wulp I, Schrijvers AJ, van Stel HF. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emerg Med J*. 2009;26(7):506-09.
11. Gabriel JP, Velon A, Valério C, et al. Triagem Intrahospitalar das Admissões por Acidente Vascular Cerebral Isquémico Através do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester. *Sinapse*. 2007;7(1):28-35.
12. Scoble M. Implementing triage in a children's assessment unit. *Nurs Stand*. 2004;18(34):41-4.
13. Roukema J, Steyerberg EW, van Meurs A, et al. Validity of the Manchester triage system in paediatric emergency care. *Emerg Med J*. 2006;23(12):906-10.
14. van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ*. 2008;337:a1501. Erratum in: *BMJ*. 2008;337:a1849. Comment in: *BMJ*. 2008;337:a1507.
15. van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in paediatric emergency care. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2009;17:38 doi:10.1186/1757-7241-17-38. <http://www.sjtrem.com/content/17/1/38> (accessed 15 oct 2009).
16. Grouse AI, Bishop RO, Bannon AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J*. 2009;26(7):484-86.
17. Olofsson P, Gellerstedt M, Carlström ED. Manchester Triage in Sweden - interrater reliability and accuracy. *Int Emerg Nurs* 2009;17(3):143-8.
18. Wulp I, van Baar ME, Schrijvers AJ. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. *Emerg Med J* 2008;25(7):431-34.
19. Versloot SM, Ubbink DT, Chin a Choi V et al. Observer agreement of the Manchester Triage System and the Emergency Severity Index: a simulation study. *Emerg Med J*. 2009;26(8):556-60.
20. Lyon F, Boyd R, Mackway-Jones K. The Convergent Validity of the Manchester Pain Scale. *Emerg Nurse*. 2005;13(1):34-38.
21. Dann E, Jackson R, Mackway-Jones K. Appropriate categorisation of mild Pain at triage: a diagnostic study. *Emerg Nurse* 2005;13(1)28-32.



22. Williams J, Sem A. Transcribing in triage: the Wrexham experience. *Accid Emerg Nurs.* 2000;8(4):241-48.
23. Cooper S, Endacott R, Chapman Y. Qualitative research: specific designs for qualitative research in emergency care? *Emerg Med J.* 2009;26:773-76. doi:10.1136/emj.2008.071159. <http://emj.bmj.com/content/26/11/773.full.pdf> (accessed 18 nov 2009).
24. Guedes BN, Araújo DV, Andrade MN, Costa SFG. Grupo Focal: Método e Aplicação em Pesquisas Qualitativas. *Revista Brasileira de Ciência da Saúde.* 2006; João Pessoa, v.10(1): 87-92.
25. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994. 223p Greenbaum TL. *The Handbook for Focus Group Research*. Thousand Oaks: Sage, 1998.
26. Cecílio LCO. "As múltiplas dimensões que configuram a micropolítica nas organizações hospitalares". Material inédito, 2008
27. Turner B.S. *Medical Power And Social Knowledge*, 2ª ed. Londres: Sage Publications. 1995, p.157.
28. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital; uma sociologia dos serviços hospitalares. 3ed. Porto: Afrontamento, 1998:133-48
29. Gruening G. Origin and theoretical basis of new public management. *International public management Journal.* 2001; 4:1-25.
30. Paula APP. Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. *Rev de Administração de Empresas*, v. 15, n. 1, Jan/Mar. 2005.
31. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial, *op cit.*, p.1930.
32. Franco TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro, R. e Mattos R.A. (Orgs.), *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p. 459-473.

**CAPÍTULO 5**  
**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por tudo o que vimos até agora, é possível afirmar que o estudo apresenta muitas indicações sobre as tensões e dificuldades decorrentes da implantação da classificação de risco, em serviço de urgência e emergência, através da utilização do Sistema de Triagem de Manchester. Por outro lado, aponta, também, aspectos positivos e potencialidades de sua utilização no serviço de emergência, a partir da perspectiva dos atores que participaram desde sua formulação como política organizacional, até sua operacionalização efetiva. A equipe multiprofissional que atua no serviço de emergência faz uma avaliação positiva do STM, considerando que houve impacto positivo em seu cotidiano a despeito das dificuldades iniciais.

Para as considerações finais deste estudo, farei uma sintetização dos principais achados do estudo, já apresentados sob a forma de resultados nos artigos 2 e 3.

## **5.1 Os Principais Achados**

### ***1- O protagonismo dos usuários e seu posicionamento perante as novas regras de acesso e de funcionamento do pronto socorro***

Os usuários exerceram papel marcadamente de protagonistas na conformação do modelo assistencial do hospital, ao assumirem posição ativa perante as novas regras de acesso e de funcionamento do serviço de emergência, não por “desinformação”, mas por opção, como sujeitos ativos na defesa de seus interesses. Na busca de melhores possibilidades de acesso, de maior integralidade do cuidado, e influenciados fortemente por valores e representações a respeito do hospital como produtor de valor de uso, eles reinterpretem as regras e constroem estratégias para obter o atendimento de suas necessidades e expectativas. Por outro lado, é possível afirmar que a classificação de risco evidencia a já conhecida desproporção entre a demanda e a capacidade de oferta de atendimento, deixando-a mais explícita. O desequilíbrio entre oferta e demanda resulta em tensão permanente para os profissionais que sofrem, por um lado, a pressão do usuário que tem o direito de receber atendimento e, por outro, têm que enfrentar, cotidianamente, a superlotação e sobrecarga de trabalho das equipes. Este é,

tipicamente, um problema cuja busca de solução não é só do hospital, mas do Sistema de Saúde como um todo e que nos remete ao segundo ponto evidenciado no estudo.

## ***2- A indispensável articulação de uma rede de serviços de saúde***

Um dos primeiros efeitos da implantação da classificação de risco foi a abertura do diálogo entre as unidades de referência em urgência da região Norte da cidade, no sentido de buscar a definição dos papéis e responsabilidades pelo atendimento da demanda conforme perfil de gravidade e urgência, com compromissos entre as unidades de atendimento de acordo com a missão de cada uma delas. Há uma clara compreensão dos trabalhadores sobre a incontornável necessidade de articulação entre os vários serviços de urgência e os demais pertencentes ao Sistema Único de Saúde, em função da quase impossibilidade de se atender toda a demanda. Principalmente os pacientes com perfil de baixa urgência não encontram facilmente o atendimento no sistema de saúde, seja nas Unidades de Pronto Atendimento, seja nos Centros de Saúde, e acabam fazendo uma peregrinação pelas portas de urgência da cidade até conseguirem o atendimento. Apesar da implantação do STM ter propiciado maior articulação entre o hospital e as unidades do sistema de saúde ao estimular o diálogo sobre responsabilidades, potencialidades e limites de cada unidade da rede de urgência, a pactuação da referência dos pacientes só ocorreu um ano após sua implantação, quando a Secretaria Municipal de Saúde se comprometeu a viabilizá-la, através de uma grade de referência. Essa baixa articulação da rede de cuidados do Sistema de Saúde local, somada à imprecisa definição dos papéis e responsabilidades de cada serviço da rede pelo atendimento, interferiu negativamente na operacionalização do STM. Além disso, o atendimento de pacientes triados na categoria menos urgente, num hospital de complexidade elevada, como é o caso do HRTN, continua causando descontentamento entre os profissionais, tensão e conflitos na sala de espera, o que prejudica o atendimento dos pacientes com maior necessidade clínica. Sendo assim, podemos afirmar que a implantação da classificação de risco – Sistema de Triagem de Manchester – exige permanente rede de conversação e negociação interna e externa, podendo vir a se constituir em indutor de construção e articulação de redes assistenciais.

## ***3. A necessidade de reavaliação contínua dos espaços, equipe, fluxos e rotinas ligados à implementação do STM:***

Ficou evidente que adotar a classificação de risco implica em organizar espaços, materiais, fluxos internos e equipe. A discussão do fluxo interno no momento preparatório mobilizou muito a equipe, foi fundamental para o processo de implantação e está intimamente relacionada com a redefinição da estrutura física. No entanto, mesmo com toda a preparação, o cotidiano revela situações que escapam a qualquer processo de planejamento prévio, o que demanda decisão e rapidez na solução dos problemas. O coordenador médico atuante no cotidiano do serviço é facilitador de uma melhor organização do processo do trabalho na emergência, em particular pela necessidade de acompanhamento permanente para conseguir atender o paciente no tempo indicado pelo STM e para o alcance da agilidade da decisão clínica. Mostrou-se imprescindível para facilitar e potencializar o trabalho do enfermeiro na classificação de risco, assim como para a institucionalização da nova sistemática de funcionamento do hospital, podendo ser considerado como ator estratégico para o sucesso da implantação do STM.

A implantação do STM requer não só a anuência da direção do hospital, mas seu envolvimento direto no processo de implantação para intervir sobre os problemas, agilizar a tomada de decisão e legitimar a classificação de risco como política institucional.

Mobiliza toda a equipe do hospital e interfere em outros setores, particularmente no serviço de apoio diagnóstico pelo aumento do volume de pacientes. Sendo assim, o treinamento das equipes dos diversos setores, mas em particular da equipe médica do serviço de emergência, configura-se como elemento fundamental para diminuir a resistência desses profissionais ao novo modo de funcionamento do hospital. A realização de treinamento dos profissionais não é só uma questão de capacitação técnica, mas, sobretudo, uma estratégia de mobilização e envolvimento dos profissionais com o processo de implantação, para uma almejada adesão ao projeto institucional.

Não há como implantar o protocolo sem discussão do dimensionamento da equipe. Em função da sistemática de funcionamento do processo de classificação de risco, será sempre necessária a designação de profissionais dedicados a essa função, para que a fila da sala de espera não seja transferida para a sala de classificação de risco, com tempos de espera elevados para o atendimento. Significa que é necessário ter profissional dedicado a essa

função, o que pode gerar a necessidade de contratação de profissionais ou remanejamentos internos, nem sempre contemplados no processo de planejamento.

#### ***4- A necessidade de reavaliação contínua dos aspectos técnicos do protocolo – STM:***

O estudo aponta como aspectos técnicos do Sistema de Triagem de Manchester que, mesmo ele sendo considerado válido e confiável por vários estudos bem conduzidos, precisam ser discutidos e investigada na sua adequação em várias situações. As modificações incorporadas na segunda edição do protocolo não estão disponíveis para uso no Brasil, o que contribuiu para gerar mais dificuldades para a equipe. Isso significa que, trabalhando com a primeira versão, a equipe do HRTN tem deixado de usufruir de modificações importantes, obtidas por estudos mais recentes incorporados à segunda versão e que poderão, quando utilizados, resultar em maior facilidade de aplicação do protocolo e aumento de sua validação e confiabilidade. Algumas das dificuldades relatadas pelos enfermeiros resultaram em conflitos com os profissionais médicos ao gerarem discordância sobre a prioridade atribuída de atendimento aos pacientes. Esse dado foi relevante para este estudo: constatou-se que, para além do aspecto técnico de estruturação do STM, há um aumento das tensões entre as corporações médica e de enfermagem, fato destacado a seguir, por se configurar num achado da pesquisa.

#### ***5- Os conflitos entre a corporação médica e de enfermagem: evidenciando antigas tensões***

A implantação do STM evidenciou ou deu mais contraste a velhas questões presentes na vida do hospital, em particular a tensão entre os seus dois corpos profissionais principais, médicos e enfermeiros. O novo papel do enfermeiro na divisão técnica do trabalho no pronto socorro, a partir de sua responsabilização por classificar o risco e definir a ordem de atendimento médico, através do STM, pode ser visto como mais uma estratégia institucional interferindo na autonomia do trabalho médico, funcionando como um “dispositivo institucional” de regulação e controle interposto entre o médico e o paciente. Por isso é que se pode dizer que a utilização do STM produziu modificações importantes nas relações entre as profissões que atuam no serviço de emergência. A decisão da prioridade clínica, prevista no STM, ao deixar de ser aleatória, subjetiva ou por ordem de chegada, e passando a ser feita com base em critérios

técnicos mais bem definidos e rígidos, pode ser vista como parte de um processo mais geral que tem sido denominado de **racionalização crescente da vida hospitalar**, como apresentado por Graça Carapinheiro.

O estudo apontou como um dispositivo “técnico-gerencial” pode intervir sobre as relações de poder presentes na micropolítica do hospital, atingindo, no caso do STM, de forma marcada o campo do saber - poder das profissões médica e de enfermagem. Nos serviços de urgência, coexistem relações de colaboração e complementaridade entre as duas corporações, sem o que não seria possível produzir o cuidado, mas, ao mesmo tempo, é possível reconhecer importantes elementos de dissenso e de disputa, quase sempre “silenciadas” no instituído hospitalar. A implantação do STM “provoca” esse campo interrogando sobre o modo de produção do cuidado em particular, o modo como se estabelecem as relações entre os profissionais do serviço de urgência.

Sendo assim, a análise da experiência evidenciou como o Sistema de Triagem de Manchester, para além da sua dimensão técnica, em princípio “apenas” um protocolo clínico e ferramenta de classificação de risco adotada como “tecnologia assistencial e gerencial” para ordenar e racionalizar o processo de produção do cuidado em situações de urgência e emergência interfere intensamente nas relações de poder presentes na unidade de urgência, razão pela qual está sendo denominada de **tecnologia política**. .

Portanto, a implantação da classificação de risco com utilização do STM precisa levar em consideração todas as dimensões que compõem o complexo território micropolítico do serviço de emergência no hospital, aspecto não encontrado na revisão de literatura realizada para este estudo, o que lhe confere caráter de ineditismo.

Os achados deste estudo se relacionam à classificação de risco a partir da utilização do STM. Entretanto, seria recomendável considerá-los também para a implantação dos protocolos ESI, CTAS, ATS e outros que são estruturados pela mesma lógica e princípios, desde que apresentem os deslocamentos de papéis tradicionais das corporações.

A título de recomendações podemos sugerir que, embora o STM não tenha sido formulado para uso na atenção primária, e, não existam ainda estudos sobre sua utilização nesse nível de atenção, a utilização de pelo menos sua lógica e seus critérios, em particular o compartilhamento do conceito de risco, pode se configurar numa potente estratégia para induzir a construção de linguagem única e melhorar o percurso do paciente pelos diversos serviços da rede, a partir de critérios unificados e tecnicamente seguros.

Podemos sugerir ainda que o STM seja utilizado em toda sua potencialidade, tal como demonstrado pelas experiências descritas na revisão bibliográfica, através da adoção de processos de trabalho que facilitarão a decisão clínica, aumentando a agilidade no atendimento, com redução de dano ao paciente, reafirmando ser um elemento para a humanização da assistência, a partir da ênfase na equidade, qualificação do cuidado e efficientização da gestão do serviço de emergência.

Como possibilidade de novas investigações, e considerando que o STM já está sendo utilizado em outras instituições do estado e do país, seria interessante o desenvolvimento de estudos que possam contribuir para o aumento da validade e confiabilidade do STM, como também na adequação a determinadas particularidades de situações-queixas específicas do nosso país. O estudo das experiências de sua utilização em outros pontos da rede de urgência – em particular, na atenção primária, como já vem sendo utilizado no Norte do estado de Minas Gerais – seria de grande importância para avaliá-lo como dispositivo de articulação e construção de *redes assistenciais*, a partir do contexto organizacional desses pontos de atenção, com um olhar sobre o território e seus fluxos, instrumentos, movimentos e percursos para obter a finalização da produção do cuidado de que o paciente precisa, o que, no espaço desta tese, não foi possível demonstrar em toda sua complexidade.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1

### **Relatório da observação do campo de pesquisa.**

#### **Período 31/10/2008 a 22/12/2008**

Apresento o registro da minha vivência e da minha intervenção a partir do início da implantação do Sistema de Triagem de Manchester até meados de Dezembro, período crucial da experiência. O caderno de campo foi o instrumento utilizado para registro dos fatos e percepções vivenciadas na intensa relação com o cotidiano do Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Além desse período, também foram registrados fatos relatados por atores do hospital ao longo do processo de implantação.

Dia **31/10/08** (sexta feira): A tensão com a implantação do novo sistema se evidenciou com a mudança repentina do plano de obra da reforma e a preparação da área física definida para receber o paciente classificado como amarelo e verde. Esse fato mostrou o grau de nervosismo e preocupação reinante no hospital naquele momento, com muita discussão entre a equipe da arquitetura, infra-estrutura, coordenação do Pronto Socorro e assessoria da Diretoria. Todo o planejamento elaborado foi alterado por motivo de incerteza quanto à realização da reforma da área física, fato que acabou sendo confirmado, por falta de autorização orçamentária. Era visível, pela discussão, a insegurança quanto à melhor opção, por não ser possível prever se a estrutura existente iria comportar tal demanda.

Dia **03/11/08** (segunda feira): dia previsto para iniciar a classificação de risco. Em reunião com grupo de 16 enfermeiros do Pronto Socorro foram acertados os fluxos finais de entrada do SAMU e COBOM, encaminhamentos para outras unidades, rotinas para o segundo posto de classificação, a dinâmica de atendimento médico para a sala amarela e a agenda de reunião para avaliação após 15 dias de funcionamento. O início da triagem previsto para a parte da tarde, foi adiado para o dia seguinte por falta de materiais, tal como o manual do STM. O grupo estava muito apreensivo, interrogando-se sobre qual apoio efetivo teria durante a implantação, mas

especialmente demonstrava um forte desejo da mudança dar certo e apresentar resultados diferentes do ocorrido em outro hospital.

Dia **04/11/09** (terça feira): muita agitação das equipes nos preparativos finais, sem ainda ter feito uma discussão com a coordenação do plantão e equipe médica. Fui conversar pessoalmente com a coordenação da pediatria para explicar o funcionamento do STM, embora ele já soubesse, e me surpreendi com a fala do médico “ *deixa elas colocarem a cor, mas é a gente que vai definir quando e de que jeito atender*”. Tal fala poderia ser considerada um prenúncio das tensões que se instalariam entre o corpo médico e de enfermagem durante todo o processo, como pode ser visto no grupo focal. Foi necessária uma conversa conjunta da coordenação do Pronto Socorro e da diretoria no sentido de esclarecer que não era um projeto do grupo de enfermeiros, mas um projeto do Hospital para ser cumprido. A classificação de risco foi iniciada às 14:30 horas, com um posto de trabalho e diversas dificuldades relativas ao sistema de informação, a estrutura de apoio, como computadores e impressoras, demora no tempo de classificação, o que levou à um acúmulo de pacientes aguardando para serem classificados. Às 17 horas, iniciou-se o segundo posto de trabalho para classificação, pois estava bastante tumultuado, pacientes reclamando muito da demora. A situação ficou ainda mais tensa em função da escala da Ortopedia que estava incompleta e paralisou o atendimento desde as 14 horas, enquanto prestavam atendimento de emergência no Bloco Cirúrgico. Com isso, a espera externa ficou lotada. A segurança foi acionada para resguardar a equipe que estava assustada, tendo sido necessário retirar os pacientes e remanejar para a espera interna.

Mesmo com o apoio da equipe de coordenação, tivemos momentos com 35 fichas de pacientes para serem classificados, causando uma enorme ansiedade e ao mesmo tempo impotência diante da inexperiência com a situação. Todo o hospital se mobilizou e quem chegava para acompanhar o processo, se envolvia na tentativa de ajudar de alguma forma. Para ativar o segundo posto de classificação, o enfermeiro teve que deixar a sala amarela, com isto, não havia enfermeiro para acompanhar e orientar a equipe e pacientes. Meu trabalho ficou centrado em acompanhar os fluxos, identificando as possíveis correções, conversar com os profissionais, acompanhantes, pacientes, pedir calma e paciência explicando que era o primeiro dia, mas muitas pessoas acabaram desistindo do atendimento. Iniciado o plantão noturno, fomos conversar com a equipe

médica, e, de novo, atrasos no atendimento, corredores cheios, a sala amarela com muitos pacientes aguardando, sinalizando que um médico era insuficiente. O esquema de sair um clínico da sala de emergência para ajudar não funcionou, pois a sala estava cheia. Saí do hospital às 22 horas e minha impressão era de que a estrutura tinha que ser revista, que a equipe médica precisava ser informada, muitos deles nunca tinham ouvido falar em classificação de risco ou protocolo de Manchester. Apesar de toda tensão vivenciada, o clima era bom na equipe e parecia estarem apostando no novo modo de trabalhar. Estávamos aprendendo fazendo e percebendo que só na dinâmica real do atendimento poderíamos ir aperfeiçoando o processo.

Dia **05/11/08** (quarta feira): muitos pacientes amanheceram aguardando avaliação, mas a atuação dos médicos “horizontais” agilizou o atendimento e permitiu que muitos pacientes fossem liberados. Às 10 horas já era visível a redistribuição dos doentes no Pronto Socorro, o corredor em frente à sala de emergência bem mais vazio. Às 11 horas, a diretoria chamou para reunião de avaliação com toda a equipe de implantação e havia o consenso da necessidade de aumentar a equipe de enfermeiros e adquirir mais uma impressora. Um diretor lembrou das dificuldades relativas à implantação e o movimento de oposição e desqualificação do processo de classificação de risco ocorrido em outro hospital e salientou que era necessário dar outra resposta e para isso defendeu uma avaliação cotidiana do processo e a definição, com agilidade, do que precisaria ser feito para evitar a ampliação do problema. Também foi reforçada a importância do papel ativo dos coordenadores das linhas de Cuidado nesse processo. Até as 17 horas, a classificação de risco estava fluindo bem, porém com a sala de emergência muito tumultuada, com atendimentos simultâneos. Isto obrigou desviar um caso vermelho (discriminador hipoglicemia) para a sala amarela. Esta mudança foi possível porque, apesar do paciente ter sido classificado como vermelho, o seu discriminador era hipoglicemia menor que 80 mg/dl, o que já causou uma estranheza na equipe por considerar ser um referencial elevado para a prioridade clínica atribuída. Vemos, aqui, indicações de como as equipes, com a vivência do processo, vai percebendo e mesmo criticando certas definições contidas no STM. Os parâmetros definidos no protocolo não podem ser alterados e, para alguns profissionais, eles não são adequados, o que é pertinente tendo em vista a alteração deste parâmetro para 55mg/dl na segunda edição do STM (2006) A mudança do atendimento requereu alteração na rotina de atendimento da sala e, quando o técnico de

enfermagem foi à farmácia para buscar o kit de soroterapia sem a prescrição, o funcionário não forneceu. Tive que intervir e foi interessante a sua fala “*está bem vamos fornecer, foi pra isto que vocês nos treinaram, para entender e atender*”. Os encaminhamentos para as UPA’s estavam acontecendo, porém alguns pacientes não aceitavam, acarretando mais atrasos. Tal fato poderia ser visto como indicação de como os usuários seriam protagonistas em todo o processo de implantação do STM e fator essencial para o maior ou menor sucesso da proposta. Fiquei no hospital para conversar com a equipe médica do plantão noturno, e vi que a coordenadora do plantão desconhecia o que estava acontecendo, inclusive o Protocolo de Manchester e então demorei um tempo explicando tudo. Ao final da conversa, ela muito reflexiva me disse que achava difícil dividir a equipe com mais uma sala de atendimento (pois não houve aumento da equipe no noturno), que a concentração na sala de emergência facilitava para a equipe e que não ia ser fácil esta divisão. Imediatamente ela se posicionou dizendo “*venha comigo, você vai me ajudar a conversar com a equipe*”. E eu fui. Conversando, os médicos se mostravam céticos, reclamando da mudança, do volume de atendimento, quando um deles me questionou “*isto não deu certo no outro Hospital, por que então implantar aqui?*” E eu respondi “*porque aqui é outra instituição, outra equipe e outra direção, tem tudo para dar certo!*” Acho que a resposta satisfez pelo menos naquele momento, pois em seguida os clínicos saíram, avaliaram o espaço físico da sala e propuseram modificação para facilitar o atendimento. A cirurgia plástica estava com um grande volume de doentes classificados como verde e nitidamente a equipe não concordava com o atendimento deste perfil de paciente, mas o interessante é que este paciente sempre existiu nesta clínica, mas agora ele era “*categorizado*”. Saí às 22:30 horas com o Pronto Socorro bem mais controlado. Dia muito rico esse, no qual, de alguma maneira, atores essenciais para o sucesso do STM haviam se posicionado perante a proposta, seja através de resistência ativa, como os pacientes, ou com dúvidas e questionamentos, como os médicos. O sucesso futuro do STM ainda era uma incógnita no HRTN!

Dia **06/11/08** (quinta feira): a triagem já começou a ser feita mais rápida, às vezes dispensando o segundo posto. Os médicos ainda resistentes ao remanejamento de área de atendimento, tanto os “*horizontais*” quanto os da sala de emergência. Alguns fluxos ainda com problemas, a cirurgia geral, por exemplo, teve que continuar sendo atendida na sala de emergência pois o espaço físico

da sala de sutura não possibilitou a transferência da maca do SAMU. Houve um fato que chamou a atenção, quando o clínico se recusou atender um paciente classificado como dor lombar/verde, houve discussão com o enfermeiro da classificação e então o paciente foi reclassificado para a ortopedia atender. Conversei com a enfermeira e ela me disse *“ele não quis atender de jeito nenhum, como que eu faço? Deixo o paciente sem atendimento? Não posso, então reclassifiquei e pedi para a ortopedia atender”*. Diante das dificuldades decorrentes da não aceitação de certas definições do processo de classificação, os conflitos emergiram entre essas duas corporações. Isto foi também reconhecido pelo Grupo Focal. Perguntei para dois técnicos de enfermagem o eles estavam achando, um deles estava todos os dias, e a resposta foi *“posso dizer? É a demora do atendimento médico, são 10 horas e tem paciente de 6:40 horas”*. De fato o atraso no atendimento é causador de muito desgaste da equipe porque há uma cobrança do usuário pelo cumprimento do prazo de atendimento, além da preocupação com a piora do quadro clínico. Por várias vezes conversei com pacientes para tentar acalmá-los, mas sempre ele tinha razão, o atraso era bem maior que o previsto no protocolo. A diretoria determinou que o coordenador do plantão diurno permanecesse um tempo no horário noturno para conversar com a equipe e explicar a classificação de risco.

Dia **07/11/08** (sexta feira): as salas de observações estavam mais vazias, provavelmente devido à alta de pacientes que foram admitidos antes da classificação. Corredores bem mais vazios, menos pacientes aguardando atendimento, e o encaminhamento para as Unidades de Pronto Atendimento funcionando, Pronto Socorro visivelmente transformado. Encontrei com um profissional do SAMU no meio do corredor e perguntei se eles estavam tendo alguma dificuldade e ele me disse *“começaram né, vai dar tudo certo, o Risoleta é diferente, tenho certeza que vai dar certo”*. Fiquei feliz com a fala dele, me animou, mas me preocupei em continuar perguntando e, mais tarde, entrou outra equipe de outra USB-Unidade de Suporte Básico e ele me disse *“ih isto aqui vai ser difícil, igual ao outro hospital”*. Confesso que fiquei incomodada com a fala dele, em tom bem irônico, mas deixei prá lá, só disse que ele podia não estar certo. Fizemos reunião com equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves e foi acertado o perfil e o fluxo de encaminhamento dos pacientes classificados como verde.

Dia **08/11/08** (sábado): cheguei ao hospital às 11 horas, Pronto Socorro organizado, médicos escalados por setor de atendimento com reforço de mais um profissional, escala de enfermeiros com reforço também de mais um profissional, conversei com a coordenadora de plantão (a mesma que estava na quarta feira) e estava tranqüila, segura de que estava dando certo, mas fez questão de ressaltar *"minha equipe é muito boa, ninguém se recusa a fazer o que precisa"*. De fato, todos estavam atendendo, não havia atrasos. A equipe de enfermagem com muito trabalho, mas aliviada da pressão sofrida quando há demora no atendimento médico. Fiquei pouco tempo e fui embora.

Dia **09/11/08** (domingo): voltei ao hospital às 14 horas e parecia outro hospital. Cheio, tumultuado, mesmo com reforço da equipe médica. A coordenadora do plantão do sábado estava lá, mas como plantonista extra da equipe e reclamou que estava havendo encaminhamento errado de pacientes classificados como laranja para a sala de emergência. Fui conversar com o coordenador de plantão e ele se mostrou muito crítico, dizendo *"está muito difícil porque a classificação não está muito correta"*. Então perguntei se ele tinha conversado com o enfermeiro da classificação e ele disse que não teve tempo. Fui conversar com o enfermeiro da classificação que estava muito tensa (era o primeiro plantão na classificação, ela era do plantão noturno que também faz finais de semana para complementar carga horária) e vi que realmente tinha falhas no fluxo de encaminhamento. Dava para perceber a insegurança e o ao mesmo tempo o trabalho solitário, de quem tem que fazer certo porque é uma função delegada ao enfermeiro. Medo talvez de ser responsabilizada pela situação confusa do plantão. Outra dificuldade era a escala de enfermagem que estava desfalcada em cinco profissionais e isto levou a atrasos na execução da prescrição e do cuidado, o que gerou muitas reclamações dos usuários.

Dia **10/11/08** (segunda feira): Pronto Socorro mais cheio, como é habitual nas segundas feiras, mas o problema maior era a demora do atendimento da Ortopedia e da sala amarela. Sem participação dos horizontais na sala amarela, com apenas um clínico atendendo com demora superior 4 horas.

Dia **11/11/08** (terça feira): uma semana de funcionamento, a classificação fluía bem, a sala de emergência continuava cheia, mas sob controle conversei com a médica da sala amarela, que é

uma profissional que se relaciona bem com a equipe de enfermagem, os pacientes gostam dela, é muito ágil e ela me disse sobre o trabalho na sala amarela “*não dá para ficar assim, ninguém quer atender aqui, peguei ficha amarela de cinco da manhã e verde de uma da madrugada. Tem colega que disse que nem sabe onde é sala amarela*”. Fui procurar saber como tinha sido o plantão de segunda feira a noite e encontrei o coordenador que estava no hospital e ele completou “*foi difícil demais , a equipe não quis atender na sala amarela, demoraram para atender na sala de emergência, varias ocorrências no plantão sem envolvimento da equipe, por isso é que a terça ficou complicada*”. Saí preocupada porque ele é um profissional bastante envolvido, participou ativamente da preparação para implantação e estava muito chateado com sua impotência. Fui até a diretoria conversar, chamamos o coordenador da clínica médica para uma conversa, para pensar no que fazer.

Dia **12/11/08** (quarta feira): de manhã, a diretoria convocou todos os coordenadores para reunião de avaliação, apresentou os dados parciais e enfatizou a importância do trabalho das pessoas nessa fase de implementação e que, apesar das dificuldades, a avaliação é que o STM estava dando certo, já com impacto sobre a organização do PS que, apesar de muito cheio, apresentava mudança visível do corredor da sala de emergência. Salientou a heterogeneidade de condutas e condução do plantão que precisariam ser uniformizadas. A coordenação do PS relatou sobre fluxos ainda inadequados, erros na classificação, o que é esperado no processo de aprendizagem e houve também o relato de que os médicos “horizontais” estavam reclamando da sobrecarga de trabalho. O coordenador da clínica médica anunciou que conseguiu contratar um médico para iniciar dia 24/11, o que deu um certo alívio. Posso dizer que o que me chamou mais a atenção era a responsabilidade do grupo, o esforço de não perder o controle sobre o processo como aconteceu em outro hospital e a disponibilidade para resolver os problemas.

Dia **13/11/08** (quinta feira): neste dia meu orientador foi conhecer o hospital à tarde. Andamos pelo Pronto Socorro, assistimos uma classificação acontecer e chegamos à diretoria quando fomos informados que a coordenadora municipal de urgência e emergência tinha ligado dizendo que iria suspender os encaminhamentos para as Unidades de Pronto Atendimento. Solicitamos reunião e foi agendada para 24/11/08. A notícia foi ruim, pois colocava fim num processo de



discussão de rede e numa negociação construída cuidadosamente com as Unidades Pronto Atendimento.

Dia **14/11/08** (sexta feira): o plantão estava mais tranquilo, a sala amarela estava sem atrasos pela manhã, a classificação conseguindo dar conta com um enfermeiro. Às 11 horas, fui até a sala amarela, pois estavam chamando o clínico insistentemente. Era para um paciente classificado como laranja, que não tinha sido atendido e aguardava por 35 minutos. A enfermagem reclamou da demora e do fato de não saber ao certo quem era o médico responsável pela sala naquele horário. O paciente era idoso, acompanhado pela filha que estava muito nervosa reclamando da demora, que estava com medo do pai morrer.

Dia **15/11/08** (sábado): plantão muito organizado, dava prazer em ver, não por que estava vazio, mas porque a equipe tinha controle da situação, sabia o que fazer. Os corredores estavam mais vazios. A sala de emergência com três pacientes muito graves. Ao conversar com o enfermeiro e técnico de enfermagem, eles disseram “*hoje está bom, só tivemos um problema com a cirurgia plástica*” e relataram a discussão com a médica da cirurgia plástica que não concordava com classificação de uma criança e se recusou fazer o atendimento. De novo o conflito se manifesta e suscita o tema da autonomia profissional e da regra. Não presenciei o fato, mas disseram que foi uma confusão. Apesar do ocorrido, a criança foi atendida.

Dia **16/11/08** (domingo): cheguei às 13 horas, no segundo domingo depois da implantação e novamente o plantão estava tumultuado. Percebe-se a dificuldade do coordenador. A sala amarela tinha dois pacientes classificados como laranja aguardando atendimento por mais de duas horas. As médicas da sala de emergência, que deveriam dar apoio ao atendimento, estavam bastante atarefadas. A médica da observação feminina atrasou muito e ainda havia muitos doentes para avaliar; o outro médico estava avaliando os pacientes da observação masculina. Então não havia médico escalado para a sala amarela. A enfermagem parecia acuada diante da pressão familiar e até comentou “*não sabemos o que dizer para o familiar, eles ficam nervosos, mas eu chamo o médico e ninguém aparece*”. Conversando com o enfermeiro da classificação, ele reclamou da condução do plantão e do comportamento da equipe médica. Relatou que vários médicos não sabem o que é o Protocolo de Manchester, questionam para que isto, perguntam sobre o

funcionamento. Fui embora meio frustrada, de não ter conseguido ajudar muito e preocupada com a pressão sofrida pela equipe.

Dia **17/11/08** (segunda feira): Pronto Socorro cheio, pois ficaram muitos pacientes da noite para o dia. Conversei com o enfermeiro da classificação, e ele me contou que o SAMU entrou com paciente direto como se fosse emergência, só para não ter que passar pela classificação, *“fui buscar ele dentro da sala de emergência para classificar o doente e era amarelo, o paciente não era pra lá”*. O coordenador de plantão me pareceu atuante, fiquei pouco tempo no Pronto Socorro. Foram discutidas algumas definições de encaminhamentos para a UPA.

Dia **18/11/08** (terça feira): continuava bem cheio o Pronto Socorro, não havia médico para atender na sala amarela na parte da tarde, então o coordenador da clínica médica assumiu o plantão. A noite a ortopedia estava com muito atraso e um paciente agrediu o técnico de enfermagem, o acompanhante chamou a polícia.

Dia **20/11/08** (quinta feira): o dia transcorreu bem, havia um médico fixo na sala amarela. A noite houve a reunião de todos os enfermeiros do Pronto Socorro com a coordenação médica, coordenação de enfermagem e assessoria da direção. O grupo estava agitado e ansioso, muitas falas ao mesmo tempo. Várias foram as narrativas de situações vividas. Primeiro, o sentimento de orgulho, de ter dado conta, o segundo era o de não vamos desistir diante das dificuldades. Alguns relatos merecem ser destacados:

- *“Ainda temos dificuldades para saber a escala médica da sala amarela”*.
- *“Os médicos fazem questionamentos que demonstram a desinformação e desconhecimento do protocolo, inclusive o médico coordenador de plantão”*.
- *“Encaminhar os pacientes não é fácil porque o usuário nem sempre aceita e alguns dos pacientes encaminhados para as UPA estão voltando e é um problema porque não sabemos como fazer”*.
- (A relação difícil com a equipe médicas), *“parece que alguns deles não aceitam este trabalho feito pelo enfermeiro, como se nós estivéssemos impondo um atendimento e aí não aceitam, dá uma sensação que eles estão boicotando o trabalho da gente e não é de forma isolada não, é em todo plantão”*;

- *“Tem médico que não tem perfil para estar em pronto socorro, ele avalia, avalia e não reavalia, aí o setor vai ficando cheio e vai ficando difícil, é preciso que o paciente entre e circule no pronto socorro”.*
- *“É muito bom quando o coordenador de plantão está envolvido com o que está acontecendo, a gente chama, ele vem e ajuda”.*
- *“Mesmo com problema, a coordenação de plantão ajuda muito, o que falta é trabalhar mais junto com a gente”.*
- *“Tem momento que é muito difícil, que tem que chamar a segurança pra ficar lá com a gente, porque estava dando confusão, é muita gente!”.*
- *“A pediatria está reclamando muito do protocolo e que aumentou a demanda”.*
- *“Tem também alguns médicos que acham que se o tempo alvo é uma hora como o amarelo, não tem que atender antes, como aconteceu outro dia e deu confusão com o paciente que estava sentindo dor”.*
- *“Algumas equipes do SAMU forçam a entrada sem passar pela triagem”.*
- *“Ainda temos dificuldades com os pacientes que vem para avaliação, não está claro como temos que classificar e para onde mandar o paciente”.*

A coordenação do PS salientou a questão da mudança de fluxo ser feita só pelo coordenador, porque houve problema de mudança pelo profissional do plantão sem discussão com o coordenador e foi ruim porque teve que voltar atrás. A assessoria comentou que é preciso investir mais na informação do médico sobre o protocolo.

Dia **22/11/08** sábado: estive por pouco tempo no hospital, conversei com a coordenadora do plantão, a rotina acontecendo, triagem sem atrasos, sem novidades. Andei pelo Pronto Socorro e estava cheio, mas sob controle, com corredores mais vazios.

Dia **23/11/08** domingo: angustiante! Tudo atrasado, sala amarela com pacientes classificados como laranja esperando por duas horas, enfermagem muito pressionada pelos acompanhantes, era impossível andar pelo PS sem que um familiar ou paciente abordasse para uma informação ou reclamação. Perguntei para o coordenador se ele precisava de ajuda, se tinha algo a ser feito e ele respondeu *“ não, é muito difícil manejar a equipe. Pedir para atender o paciente grave é uma*

*coisa, a outra é o paciente verde, que não tem nada*". Voltei pra casa com a certeza de que a coordenação de plantão é um lugar difícil e também o diferencial na gestão interna do cuidado no Pronto Socorro. Fiquei sabendo, no dia seguinte, pela coordenadora do PS, que ele pediu para sair da coordenação.

Dia **24/11/08** segunda feira: o segundo médico "horizontal" contratado começou, fixo na sala amarela. A área de leitos de observação estava com um volume de pacientes acima do habitual, fui no setor de internação para saber se havia previsão de alta nas enfermarias para subir paciente e não havia. À tarde, fui junto com a diretora, coordenação médica e assessora da diretoria para a reunião na Secretaria Municipal de Saúde, para discutir a questão do fluxo de encaminhamento dos pacientes classificados como verde. Foi uma reunião ruim, sem escuta, muita reclamação que o Hospital estava sobrecarregando as Unidades e que estava encaminhando pacientes de outros municípios. Isto era verdade, constatamos o erro no encaminhamento e garantimos que isto não iria acontecer. A sobrecarga estava distribuída entre as três Unidades de referência, e mesmo assim o encaminhamento era feito somente daqueles pactuados conforme fluxograma, o que significa que uma parcela desta demanda pouco urgente/verde ficava no hospital. Entretanto, a reunião foi finalizada com a determinação de que não poderíamos mais encaminhar os pacientes e que não era possível outro tipo de pactuação com o hospital. O argumento era o de ter um pacto único para a cidade, ou seja, como os hospitais que tinham implantado o STM não tinham na região, uma UPA de referência, os encaminhamentos eram feitos para os centros de saúde no período diurno e durante a semana. Portanto o HRTN não poderia fazer encaminhamentos às Unidades de Pronto Atendimento como estava sendo feito. Depois de seis meses foi inaugurada outra UPA que daria retaguarda aos hospitais da região centro-sul. Saímos indignadas, mas certos de que isso seria cumprido.

Dia **25/11/08** (terça feira): foi avisado logo cedo que não poderíamos encaminhar mais nenhum paciente de Belo Horizonte. O PS estava muito cheio, com pacientes internados nas observações. Fui conversar com dois médicos "horizontais" sobre a situação, tentando ver o que eles atribuíam a tal fato e eles afirmaram ser a demanda mesmo, que eram internações necessárias sem condição de alta. Quando estava conversando com o coordenador de plantão, um médico da cirurgia plástica chegou e nos interrompeu bastante nervoso, dizendo que não iria atender

paciente classificado como verde e azul, reclamou do volume de atendimento, do tipo de paciente de baixa complexidade e por fim da diretoria aceitar tal condição determinada pela Secretaria, que era melhor acabar logo com isto, se referindo a classificação de risco . Fiquei um bom tempo com ele, o suficiente para sair de uma discussão tensa para uma conversa. No final tive que concordar com algumas questões colocadas, mas consegui que ele entendesse que o paciente não poderia ficar entre as instituições, nosso papel era o de atendê-lo.

**27/11/08** (quinta feira): treze dias de implantação. Houve uma confusão com os médicos de plantão da pediatria e a enfermagem. Chegou uma criança e foi classificada como vermelho/emergência por hipoglicemia e foram chamados com urgência na sala de atendimento e, quando chegaram, a criança parecia bem com uma glicemia pouco abaixo de 80mg/dl, que conforme o protocolo é vermelho. A coordenação de enfermagem procurou a diretoria para esclarecer a situação e para dizer que elas têm que seguir o protocolo e que a situação poderia acontecer de novo.”. A diretoria chamou os médicos para conversar e eu participei. Foi interessante porque como dois dos diretores também são pediatras, a linguagem se tornou compreensível. O objetivo era esclarecer que o protocolo é para ser cumprido, e que não temos autonomia para modificá-lo, que os questionamentos podem ser feitos e devem ser encaminhados à assessoria para encaminhamentos junto a SES/MG. *“Se há discordância, primeiro atende, depois discute. O paciente não pode ficar sem atendimento”*, ressaltou o diretor. Aqui, se manifesta novamente a discordância em relação ao protocolo, sua inflexibilidade e inadequação.

**28/11/08** (sexta feira): aconteceu um caso que parece até engraçado, mas não é. O PS continuava muito cheio, e como de rotina, o SAMU foi avisado para desviar o fluxo de ambulâncias, porque não tínhamos macas para receber doentes, mas chegou e foi para a sala de emergência e ficou retido porque não tinha como liberar a maca da ambulância. O profissional saiu pelo PS e encontrou uma maca sem paciente, pegou e levou. Só que o paciente estava no banho e quando voltou a enfermagem não teve onde acomodá-lo. À noite, a sala de emergência tinha 15 pacientes, sendo sete pacientes intubados.

**29 e 30/11/08** (sábado e domingo): novamente final de semana muito cheio, sem maca para colocar doente. Corredores intransitáveis, a observação masculina lotada. Visível aumento de demanda com a paralisação dos encaminhamentos de pacientes classificados como verde. A semana transcorreu mantendo o mesmo cenário de super lotação. Equipe médica e de enfermagem muito sobrecarregada e insatisfeita. Foi necessário suspender a classificação por duas horas no final da tarde de sábado.

**6, 7 e 8/12/08** (sábado, domingo e segunda): feriado prolongado em Belo Horizonte, a diretoria foi chamada ao hospital devido a situação de superlotação. O SAMU foi avisado, mas mesmo assim continuou mandando paciente. Foi necessário paralisar o atendimento de porta novamente, por duas horas ficamos sem classificação de risco, fechado mesmo, não tinha nenhum lugar para atender. As cento e cinquenta macas estavam todas ocupadas e não havia mais cadeiras.

Nesta mesma semana, dia **11/12/08**, tivemos reunião com a SMSA de Belo Horizonte, tentando retomar as discussões com as Unidades de Pronto Atendimento, pois não tem sentido o Hospital funcionar isolado, desarticulado da Rede. A secretária adjunta perguntou se nós tínhamos que implantar mesmo o Protocolo de Manchester na cidade. Acho que este questionamento foi relativo às discussões desencadeadas na época da opção de adotar o Sistema de Triagem de Manchester em detrimento do protocolo já existente no município, pois sua posição era de enfatizar a importância da classificação de risco para a segurança do paciente e da instituição, principalmente quando existe grande demanda. Relatamos os dados estatísticos depois da interrupção e a dificuldade de atender os casos graves e ao mesmo tempo atender os de menor complexidade, pois um compete com o outro na utilização dos recursos disponíveis. Além disso, a área física não foi reformada, não comporta toda a demanda e o imprevisto dificulta bastante. A reunião terminou com o encaminhamento de nova reunião com as Unidades para retomar a agenda.

A reunião aconteceu no dia **22/12/08** mas sem o resultado esperado. Em janeiro, com a mudança de governo, foi paralisado o processo até composição da nova equipe.

Em reunião de acompanhamento, em **18/02/09**, alguns coordenadores apontaram que ainda tinham problemas com a classificação da dor, pois muitos doentes pareciam não ser classificados corretamente.

Outras reuniões foram realizadas na Secretaria Municipal de Belo Horizonte ao longo do semestre de 2009, com a coordenação interina e com a nova coordenação de urgência e emergência, mas sem avanços, ficando mantido o definido. Mesmo assim, o HRTN buscou se reunir com as UPA no sentido de buscar uma Rede de cuidados mais articulada e complementar, uma vez que o HRTN é a referência para os pacientes graves que chegam às Unidades e também o de qualificar o cuidado na construção da contra-referência do paciente após alta hospitalar para os centros de saúde.

As reuniões de acompanhamento continuaram acontecendo, mas com agenda específica, uma vez que podemos dizer que a classificação de risco já era, naquele momento, um processo instituído no hospital. A agenda prioritária que se manteve por um bom período foi a discussão do Sistema ALERT (específico para o STM), a preparação para sua implantação, que ocorreu em julho/09.

Em conversas mais recentes com alguns médicos identifiquei a preocupação deles com o aperfeiçoamento do processo de classificação de risco, na avaliação do Sistema de Triagem de Manchester como instrumento importante e capaz de salvar vidas.

## APÊNDICE 2

### **Sistematização das contribuições dos atores internos e externos envolvidos no processo de implementação do Sistema de Triagem de Manchester para Classificação de Risco no Hospital Risoleta Tolentino Neves/UFMG.**

A seguir, sistematizo as contribuições do Grupo Focal realizado com vários atores envolvidos diretamente no processo de implantação e operacionalização cotidiana da classificação de risco, possibilitando, a partir de suas vivências concretas, uma melhor compreensão das dimensões da micropolítica evidenciadas pela implementação do STM no HRTN. Também estão apresentadas as contribuições de atores internos do HRTN que foram entrevistados seis meses após a realização do grupo focal e outros externos, pertencentes à SES/MG.

O grupo focal teve duração de cerca duas horas e a discussão foi desencadeada a partir da seguinte questão feita pelo coordenador:

*Se a direção de um hospital com perfil mais ou menos parecido com o Risoleta, procurasse vocês, e pedisse pra vocês comporem um grupo pra implantar o Sistema de Triagem de Manchester lá, eu gostaria de saber se vocês aceitariam formar esse grupo e ir lá para fazer a implantação, e, se vocês fossem, com a experiência que vocês já têm, que cuidados vocês tomariam?*

Com essa questão, intencionalmente aberta e não diretiva, buscou-se identificar a percepção dos profissionais em relação a utilização da Classificação de Risco - Sistema de Triagem de Manchester - no Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves, identificando as dificuldades percebidas, as convergências em relação a adoção do protocolo e os fatos ocorridos durante a implantação.

Para concluir o trabalho com o grupo, foi perguntado qual a opinião sobre a adoção da classificação de risco com utilização do Sistema de Triagem de Manchester e se valeu a pena implantar apesar de todas as dificuldades relatadas.

A discussão do grupo se desenvolveu centrada basicamente em 05 aspectos:



- Primeiro: o protagonismo da população usuária e o seu “posicionamento” perante as novas regras de acesso e de funcionamento do pronto-socorro.
- Segundo: a indispensável articulação entre os vários serviços de urgência e os demais serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde como elemento central para o sucesso ou insucesso do novo sistema de triagem.
- Terceiro: questões técnicas ligadas à aplicação do protocolo Sistema de Triagem de Manchester, incluindo aí os rígidos critérios de classificação estabelecidos, com seus aspectos positivos (de acordo ou de consenso) mas também negativos (de dissenso)
- Quarto: os aspectos administrativos e de “infra-estrutura” (estrutura física, composição da equipe, equipamentos) necessária para o bom andamento do novo modo de funcionamento do Pronto Socorro.
- Quinto: a tensão entre as corporações médica e de enfermagem, sempre presentes, mas “encobertas” no cotidiano do serviço de urgência e que a operacionalização do STM evidencia com muita clareza, desde a implantação inicial à sua operacionalização cotidiana.

### 1- O protagonismo dos usuários

Os participantes do Grupo Focal reconhecem que os usuários que buscam o serviço de urgência do hospital hoje, já têm conhecimento do sistema de classificação de risco. Entretanto, muitas vezes, não aceitam ser referenciados para outros serviços de menor complexidade .....

*de certa forma, a população, ela vem aprendendo o que é o processo de triagem, o tempo de espera, a classificação de risco. Agora, o que deveria mudar, em um sentido mais amplo em termos de classificação, é o sistema de saúde. ... **Acho que, o paciente, ele até sabe, mas prefere vir aqui porque sabe que vai ser atendido. Eles preferem vir aqui do que ir para UPA, ou para o posto de saúde. Nesta questão o paciente está bem informado.** (médico pediatra).*

Assim como o médico pediatra, também o entrevistado (A) da SES/MG comentou sobre a procura da população:

*Então os grandes hospitais, quando você implanta um sistema mais estruturado que fala que a pessoa tem que ser acolhida tem que ser classificada, seja qual for o sistema, ele em um primeiro momento tem um aumento sim esse **paciente não era acolhido nem era olhado ele era dispensado pelo porteiro**, então há um aumento relativo no início, mas por exemplo nos hospitais que a gente já tem um ano de observação esse processo inverte muito rapidamente a própria população começa a ter uma certa noção.*

Percebe-se, portanto, que há uma certa “insistência” de atendimento no Pronto Socorro em situações consideradas de não urgência (verde ou azul) e que **não é um problema de desinformação, mas uma opção do usuário pelo serviço** como relatado por uma enfermeira ao fazer o encaminhamento do usuário para outra unidade de saúde.

*O usuário falou – o sistema não é Sistema Único de Saúde? Eu posso ser atendido aqui como lá, o SUS é um só, eu não quero ir para outro lugar. O mesmo comentário foi feito pelo auxiliar administrativo da Recepção: muitas vezes a gente liga para as UPA's pra saber o que tem, e tem pediatras lá. Ai dez minutos depois vem uma mãe e diz fui lá na UPA agora e eles mandaram eu vir aqui... Então a UPA mandou aqui a gente tem que atender. E aí a gente tem que fazer a ficha e mandar para a triagem.*

Ainda em relação ao comportamento do usuário foi comentado pela Enfermeira:

*“Um dos problemas que eu acho, também, é a opção que ele tem de esperar. Então se a gente tivesse esta autonomia de falar esse não vai ser atendido mesmo, você é de posto de saúde, você é da UPA, você não vai ser atendido, eu acho que isso educaria a população. **Mas ela acaba ficando esperando, fica quatro, cinco horas, mas vai entrar, vai fazer raio x, fazer ultra-som, vai ser atendido pelo médico. ....E ele espera. Ele estava orientado que vai demorar, e, quando começa a demorar, ele faz um escândalo, e ele quer entrar... Ele é orientado, que ele deveria ter sido atendido em Neves, que ele recebeu um encaminhamento pra Neves, que lá tem a especialidade que ele está buscando, mas ele não vai. Ai ele alega várias coisas, alega que lá está um dia ruim, que lá é difícil, que não vai voltar pra lá, mesmo, e ele fica na porta”.***

*Têm pacientes que realmente brigam.*

Para a coordenação da área de apoio diagnóstico, a dificuldade seria de entendimento do usuário com relação à gestão interna do cuidado, pois mesmo depois de receber o primeiro atendimento, permanece a pressão por conseguir a agilidade no diagnóstico, o que nem sempre é possível, pois a prioridade continua sendo aplicada nos processos seguintes do cuidado, o que significa que o critério para atendimento interno também não é por ordem de chegada ao setor:

*...eles forçam a entrada e, quando estão dentro, continuam forçando. “Cheguei aqui tem três horas! Não fui atendido, doutora, me disseram que eu vou ficar duas horas, três horas”. E aí, a gente explica “olha, esse atendimento é do médico lá, você vai fazer exames, exame de laboratório, tem um tempo ainda”. Ai a gente explica não sei quantas vezes. Ai eles ficam voltando e incitando os outros. Isso acontece muito na radiologia. E, eu acho que isso também, é, falta de uma orientação também na porta..*

**O grupo reconhece a força que tem o hospital para atrair as pessoas**, pela segurança que oferece, por seus equipamentos e tecnologia, a certeza de ter um médico e a incerteza dos outros serviços do Sistema de Saúde, que não atende à expectativa individual de integralidade do cuidado.

Para a médica entrevistada que atua na sala amarela, a mudança foi para melhor, mas, o que foi mais difícil foi a demanda elevada de classificados como verdes. ***“Para a população é bom, mas pra nós não, porque foi muito serviço. O meu trabalho não mudou, mas o volume sim e de paciente sem gravidade. Por isso o tempo de espera é longo, ainda continua demorando muito”***.

O médico entrevistado coordenador de plantão considera que ***“com o tempo, a população foi se acostumando com as regras, agora ela está acatando mais as orientações. Tem uma compreensão melhor”***.

## **2- A indispensável articulação de uma rede de serviços**

Há uma clara compreensão, pelo grupo, da fundamental necessidade de articulação entre os vários serviços de urgência e os demais serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde, em função da quase impossibilidade de se atender a toda a demanda. Foi lembrado que houve acordo para fazer o referenciamento dos pacientes que apresentavam perfil de menor complexidade, tendo em vista a missão do hospital, sua capacidade instalada e também sua área física. No entanto, logo no início do processo de implantação da classificação de risco, esta rotina teve que ser abandonada por recomendação da SMSA-BH. Este fato gerou descontentamento nas equipes, pois era um processo que vinha sendo feito de forma compartilhada e pactuada com as UPA's, conforme relato da médica assessora:

*Durante o processo, além da discussão interna, a gente começou a fazer a discussão, da implantação do protocolo com as Unidades de Pronto Atendimento Venda Nova, Norte e Pampulha que referenciam para o Risoleta. Na discussão a proposta era que alguns pacientes classificados aqui seriam encaminhados para a UPA tal, de acordo com o lugar que morava. Isto avançou e chegou num momento em que havia um consenso entre as unidades, que era cabível Abrimos com a expectativa de que conseguiríamos fazer isto. Só que no meio do caminho essa negociação desandou, o que havia sido pactuado não foi efetivado por uma circunstância do município ..... Então o primeiro cuidado são medidas e ações que tem que ser internas e outras que são com a rede porque o hospital não está sozinho, está inserido na rede e quando você implanta*

*o protocolo, tem impacto na rede. Este foi um cuidado que a gente procurou ter e depois esta negociação teve que retroceder. Internamente isto foi ruim.*

O aumento da demanda e a impossibilidade de encaminhamento para outra unidade de saúde foi muito discutido e é ainda causador de grande incômodo e tensão interna, agravada também pela experiência anterior de outro hospital da cidade que conseguiu pactuar e fazer os encaminhamentos de pacientes para outras unidades da Rede. *A gente não tem para onde referenciar e não tem o respaldo de falar não vamos atender, e a população tem o direito de ser atendida* (enfermeira).

Percebe-se que o mesmo é observado como uma das questões evidenciadas pela implantação da classificação de risco, que neste caso pode vir a ser um dispositivo de comunicação com a Rede, como relata entrevistado A-SES/MG.

*Se eu tenho pessoas chegando no hospital que “não eram” para estarem lá naquele momento porque que elas estão? O que está acontecendo com a rede? Ele era pra estar na atenção primária, mas porque que ele não tá? O que está acontecendo na atenção primária? Isso obriga uma reflexão e é o que a gente tem visto! A classificação de risco é muito potente pra induzir essa discussão.*

E complementa salientando a responsabilidade compartilhada pelo cuidado aos pacientes classificados como pouco urgentes.

*Então, tem pacientes que estão tratando hipertensão na urgência, isso é um equívoco grave, e a urgência não se responsabiliza e ela também não é o melhor local pra se responsabilizar, tem que ter aquele contínuo de atenção. Então por isso a gente tem insistido que também a atenção primária ela tente acolher os agudos de baixo risco, esse papel é dela, não é do hospital nem da UPA.*

O grupo manifestou concordância em relação à fala do médico que **mencionou sobre a importância e necessidade de compartilhar o conceito de risco com toda a Rede**. Há um grande número de pacientes que têm dificuldades de atendimento tanto nas UPAs como nos Centros de Saúde e que acabam fazendo uma peregrinação pelas portas de urgência da cidade até conseguirem o atendimento. Não é um paciente grave, mas também não é um doente que está em condições de aguardar um atendimento eletivo, ou seja, a marcação de uma consulta no Centro de Saúde, como relatado pelo médico:

*(...)acho que esse conceito de risco tinha que ser compartilhado, o processo tinha que ser disseminado em toda a rede. ...Quer dizer, aquele paciente que está gravíssimo, ele vai ser*

*atendido no Risoleta. Um que tá mais ou menos grave, ele vai para UPA. Mas tem pacientes que ficam no limbo. Eu acho que esse é um problema. Quando ele percebe uma necessidade mais clara, pode ser que ele use esse recurso de forçar, mas nem todos vão perceber. Então, se o conceito de risco não é compartilhado, se essa avaliação não é feita também no centro de saúde e na UPA com o mesmo conceito de risco, eu acho que vai haver problemas e vai haver pacientes que vão ficar no limbo. Então é uma pressão que é feita dentro do Risoleta, ele recebe o impacto do Sistema e da população, como um todo.*

Em relação a esta questão, também foi coincidente o que manifestou o entrevistado A-SES/MG:

*A comunicação entre os pontos - ela reduz a variabilidade. Quando eu falo assim chegou um cara assim com esse risco no hospital não era para estar lá, era pra estar aonde? Ou se chegou na atenção primária as vezes também não era pra estar lá. ...a unidade não hospitalar de atenção à urgência ela tem que ser gerenciada pelo hospital ela tem que ser uma unidade vinculada ao hospital.*

Este relato diz respeito ao modo de gestão da UPA e a necessidade de uma gestão única vinculada do hospital, para que não saia do seu domínio o controle sobre os processos internos, especialmente, os de referência de pacientes menos grave e o recebimento pelo hospital dos pacientes críticos . (...) *eu insisto nisso a revolução do processo de urgência é junto com a atenção primária sem mudar atenção primária a gente pode abrir 500 UPA's 800 mil unidade hospitalar que vão estar cheias.....paciente em condição crônica ele é mal manejado pela urgência.*

A SES/MG a partir da discussão da sua política para o Estado, recomendou a implantação do STM na rede primária, como meio de obter o mesmo conceito de risco em todos os pontos da rede de serviços, (...) *ai veio a idéia da gente recomendar que fosse usado em toda a Rede, inclusive na atenção primária.*(entrevistado B-SES/MG)

Também em relação ao compartilhamento do conceito de risco e da utilização da mesma linguagem pelos serviços de urgência móvel, o SAMU-Serviço de Atendimento Médico de Urgência ....o SAMU já vai saber qual o paciente que ele tem que trazer para o Risoleta, qual o paciente que ele leva pra a UPA. *Então, é a organização da rede como um todo, mesmo. Todo mundo falando a mesma linguagem.*(enfermeiro)

Em relação ao COBOM-Corpo de Bombeiros: *No início, quando implantou o protocolo, nós tivemos uma dificuldade com os bombeiros, porque eles não tinham conhecimento do*

*Manchester, mas agora eles já sabem. Eles passam pela triagem, eles não passam pela porta direto. Os bombeiros estão funcionando melhor! (enfermeira).*

Sintetizando esta questão considere muito interessante o que foi relatado pela entrevistado B-SES/MG sobre a transformação do sentido de pertencimento do “problema” da abertura do atendimento causada pelo STM para a população profissionais e serviços:

***Antes do protocolo o problema era do paciente - de ser atendido ou não pelo hospital. Quando abre a porta o problema passa a ser do médico e do hospital que tem que atender uma imensidão de pacientes, o que levou a greve e boicotes. Isto obrigou a pactuação entre gestores municipal e estadual e aí passou a ser um problema do gestor. Por isso que eu acho que a classificação de risco é uma ferramenta de construção de redes de atenção.***

Isto também foi o que relatou o entrevistado A-SES/MG “*Por isso que eu acho que a classificação de risco mais do que um sistema de triagem ela é um potente organizador da rede porque ela expõe esse processo, se referindo ao problema da demanda tornar-se uma agenda do gestor.*

### **3- Aspectos técnicos do Protocolo - STM ligados à sua implementação:**

Relativo ao aspecto relacionado à aplicação do protocolo Sistema de Triagem de Manchester chama a atenção a dificuldade compartilhada pelos enfermeiros triagistas que afirmaram ter momentos em que o protocolo não é adequado, que existe dificuldade para encaixar a queixa ao fluxograma e a prioridade clínica, como relatado:

***Tem muitos pacientes, muitos casos que a gente não consegue encaixar de acordo com a queixa. Uma vez, o neurologista sentou comigo pra tentar ver como encaixaria um paciente que simplesmente começou com uma paralisia de um lado, então a queixa dele é que um lado do corpo parou de mexer. Ele não sente dor, ele não sente nada, e máximo que ele consegue ser encaixado é no amarelo, tendo que esperar uma hora, sendo que, um paciente como esse deveria ter atendimento imediato, esse tempo conta muito. Então tem algumas coisas que realmente o protocolo não consegue encaixar.*** (enfermeira)

Sobre esta questão recentemente o coordenador da especialidade de Neurologia comentou que está preocupado com a classificação dos doentes que chegam com AVC, pois as queixas que podem caracterizar este problema, nem sempre favorecerão a entrada na categoria muito urgente e portanto, o doente perde o tempo de tratamento nas primeiras horas de ocorrência do AVC, e sendo o hospital referência para tratamento deste perfil de paciente, isto é

preocupante motivo pelo qual estará desenvolvendo estudo para avaliar a situação. Mesmo já existindo alterações na nova versão do STM para melhorar a sensibilidade, ela ainda não é utilizada no Brasil.

Continuando a médica assessora comentou:

*Se a gente for pegar os 52 fluxogramas, você não consegue encaixar mesmo... Um doente que chega lá na triagem, que veio trocar uma sonda. Onde vai entrar trocar a sonda? Trocar a sonda vai entrar em corpo estranho. É esquisito mas não tem que ter um fluxograma de troca de sonda. Eu vou definir que troca a sonda vai ser corpo estranho.*

O médico pediatra salientou sua dificuldade com o protocolo pela rigidez ou pouca flexibilidade, motivo pelo qual houve desentendimentos com o profissional da triagem

*A gente nota que algumas coisas não são muito bem triadas não por deficiência da equipe, mas por deficiência do protocolo. (Médico pediatra)*

*Eu acho que tem vários estudos validando né? Mas acho que teria que ter um sistema que fosse, assim, mais maleável. Por exemplo, uma queda de um idoso e uma queda de uma criança na grande maioria das vezes são causas completamente diferentes. E no protocolo, por exemplo, pede glicemia capilar em 100% dos casos e que uma glicemia capilar que seria de 65, 70 em uma criança seria normal, e no idoso poderia não ser, mas os dois seriam classificados como vermelho.....a gente poderia mexer nisso? Uma vez eu até briguei com o pessoal porque não sabia que não era maleável.*

A médica entrevistada, comentou: “**O protocolo parece ser inadequado por exemplo, os parâmetros de frequência cardíaca e glicemia. O fato de não ter medida de pressão arterial**”.

O médico coordenador de plantão, além destas questões comentou: “**Acho também que precisa melhorar a sensibilidade do protocolo para síndrome coronariana**”.

Fez uma observação que não tinha aparecido ainda que é a diferença entre os turnos de trabalho e a necessidade de suporte ao aprimoramento do uso do protocolo:

*Parece que durante o dia você tem uma triagem mais eficaz. Os colegas me falam, porque eu não dou plantão a noite nem fim de semana, que muitos pacientes são super estimados na classificação durante a noite e fim de semana. Eu penso que o fato de durante o dia da semana, ter mais médico, mais coordenação, mais assessor, chefia de enfermagem para ajudar e as vezes com um telefonema você tira uma dúvida. As enfermeiras quando tem uma dúvida me ligam e eu ajudo a definir, porque embora isto deve ser feito pela enfermagem, o médico por ter conhecimento médico às vezes ele consegue resolver melhor.*

Em relação à validação do Sistema de Triagem de Manchester, foi relatado que apesar de reconhecê-lo como um protocolo validado internacionalmente, ele ainda não é validado no Brasil. ....***“no Brasil, existem algumas doenças que não têm nos outros lugares do mundo onde ele foi aplicado. Então, como que a gente aplica pra uma realidade que é diferente? Será que ele realmente é aplicável ou teriam que ser feitas algumas modificações antes da gente implementar?”*** (enfermeira).

#### **4- Aspectos administrativos e de infra estrutura ligados à implementação do STM:**

Em relação à sua utilização, ficou evidente que adotar a classificação de risco implica em organizar espaços, fluxos internos e equipe. Foi relatado que no processo de organização para a implantação foi previsto adequação da área física, que não aconteceu, configurando-se em problema ainda importante para a equipe . ***“Estruturar fisicamente um hospital pra receber a classificação de risco, é fundamental. A gente não teve recursos financeiros pra fazer adequações. Então, a gente teve que adequar ao que a gente tinha, pra abrigar toda a parte de classificação, .... então tudo é muito ruim”*** (arquiteta).

A dificuldade com a espera do paciente na área interna improvisada foi comentada pela médica entrevistada: ***“a mudança da sala de espera para área externa facilitou o nosso trabalho, porque era muito difícil. Hoje a reclamação ficou lá fora”***.

O médico entrevistado também comentou: ***“a sala amarela não tem uma estrutura física adequada para o paciente e nem pra equipe. Foi improvisado para aguardar a reforma e continua até hoje. O atendimento é bom, mas não é humanizado”***.

A discussão do fluxo interno no momento preparatório foi algo que mobilizou muito a equipe e foi citado como fundamental para o processo de implantação, mas que o cotidiano revela situações que escapam ao processo de planejamento:

*Os encaminhamentos internos dos pacientes após a classificação. Pra gente foi tudo muito difícil, a gente teve que ficar pensando, não sabia como era..... A gente teve que ficar, discutindo um tanto de coisa e na hora que começou, a gente viu que não era a melhor opção . Então, a gestão interna, ela tem que ser discutida e tem que ser definida antes de começar. E depois, na avaliação constante. O fluxo interno tem que ser definido, não é só implantar o protocolo* (enfermeira).



A discussão do dimensionamento da equipe foi necessária, houve contratação de enfermeiros para classificação e médicos. Mesmo assim no processo de implementação foi detectada a necessidade de mais profissionais em função do tempo de espera do usuário para a classificação e atendimento. A incorporação de novos profissionais é sempre uma dificuldade, pois o aumento de custo implica em novas negociações com a Secretaria de Saúde do Estado. Foi citado ainda como deficiente o número de médicos na parte da tarde e o técnico de enfermagem para atendimento na recepção, tendo em vista que sempre há necessidade de deslocamento deste profissional para outras atividades internas, como pode ser visto pela fala do profissional administrativo da recepção e do enfermeiro.

*A grande dificuldade para nós que trabalhamos no registro, é que o paciente chega muitas vezes num carro, outros chegam trazidos pela população, e na hora não temos um técnico de enfermagem para receber esse paciente. Às vezes a gente sabe que é um caso até grave, aí a gente chama alguém pra atender. Então fica difícil pra nós, que trabalhamos no registro.*

*Então, à tarde, um clínico pra atender, eu acho pouco. Isso faz com que fique demorando o atendimento. Isso gera estresse pra quem está na triagem, põe em risco a segurança do enfermeiro que está triando, muitas das vezes a gente tem que chamar a segurança pra ficar lá na porta.*

##### **5- Os conflitos entre a corporação médica e o corpo de enfermagem: evidenciando antigas tensões.**

Foram identificados, nos depoimentos dos participantes, relatos sobre a deficiência em relação a informação para a equipe médica. Ressaltaram que foi realizado um grande trabalho de divulgação entre os profissionais com treinamentos de sensibilização, mas faltou direcionamento específico para a equipe médica o que gerou resistências que persistem até hoje. “*Nós tomamos um cuidado, assim, o máximo que a gente pôde, vários médicos participaram, fizeram o curso também, entendem o protocolo, foram aprovados no curso, podem triar. Mas muitos não conhecem e são os que mais causam conflito*” (enfermeira).

Outro enfermeiro relatou também a dificuldade em resolver problemas com a equipe médica

*O enfermeiro faz um treinamento pra poder atuar, o médico, não. Então, a partir do momento que você tem uma parcela da equipe treinada e a outra não, você não consegue ter um consenso pra poder resolver todos os problemas que aparecem. ....Em lugar nenhum o médico vai pra porta fazer classificação, usar o protocolo mesmo. Mas, ter o conhecimento é muito importante. Exatamente por causa desses conflitos. Eles vêm questionando coisas que na verdade eles não conhecem.*

Também relatado pela assessoria da diretoria...”***a gente até falhou um pouco nisso. Talvez a gente devesse ter investido mais em trabalhar o protocolo com as equipes médicas***”.

Já é consenso entre os serviços que utilizam o Sistema de Triagem de Manchester no mundo que o profissional enfermeiro é o mais adequado a essa função, como explicou o o entrevistado A-SES/MG:

*Em todos os locais é o enfermeiro o classificador. Eu acho que é mais cultural esse processo. Você não vê isso muito dentro da Inglaterra, na Holanda, na Alemanha.. os enfermeiros são muito potentes nas equipes. É um processo que não é que não há resistências, mas ela é bem menor. Já países como Portugal e Espanha os médicos são mais resistentes talvez pela cultura de organização do serviço.(...) A outra coisa que também nos levou pra discussão do STM foi justamente a forma de entrada dele, por ser queixa ele reduzia, um pouco, a questão por exemplo do enfermeiro poder usar e que na época a gente tava acompanhando a discussão do Ministério da Saúde – (humanização) com o conselho de medicina e alguns conselhos de medicina regionais chegaram a proibir o enfermeiro.*

Foi comentado pelo enfermeiro e médico assessor de diretoria: ***“Ele, como médico, também, a princípio, ele teve resistências, por que não um médico triar? Por que teria que ser um enfermeiro. E então seria correto ser um enfermeiro, porque, o médico vai tentar fazer o diagnóstico”***.

***“E assim, o protocolo, ele não é... ele não foi feito pra ser adaptado . É um protocolo que trabalha com queixa, não trabalha com diagnóstico. Daí, médico avaliar esse protocolo é meio complicado. Porque a tendência nossa é colher a história e fazer diagnostico”***.

Ainda sobre esta questão o entrevistado B-SES/MG comentou: ***o STM é uma ferramenta que abre uma grande porta para os enfermeiros, abre mercado e não passa pelo médico porque não é diagnóstico. Médico faz diagnóstico, avalia, examina e receita. Médico não ordena fila. Ele atende”***.

Foi possível perceber que a utilização do protocolo como rotina do processo de trabalho do enfermeiro, deslocou esse profissional para uma atividade central na organização da assistência no Pronto Socorro que é a definição da prioridade clínica dos pacientes que chegam à unidade, com conseqüente definição do atendimento médico, como explicitado pela assessoria da diretoria:

*Na verdade, a implantação da classificação de risco descobriu problemas que a gente tem, que são, a legitimidade da enfermagem na hora de identificar um doente que agravou e que o médico tem que atender primeiro, que é uma coisa que acontece, que aconteceria independente de você ter protocolo ou não..... Eu acho que o protocolo, na medida em que ele explicitou isso mais então isso é mais discutido, a gente consegue chegar junto de um plantão ou de um profissional que está sendo resistente.*

Sobre a relação com os médicos, foi salientado a dificuldade de discutir os casos que não encaixam no protocolo ou que apresentam dificuldades de definição como citado pelos enfermeiros ..

*porque tem plantão de certos coordenadores que eu fico até meio receoso de chegar pra ele e falar “doutor, eu estou com dificuldade nessa triagem, vamos ali conversar e ver como é que a gente resolve”, porque, é... você não consegue ter essa liberdade...., a gente está fazendo um trabalho e quer entrar num consenso pra fazer aquilo bem feito.*

*..No meu caso, o que eu faço? Eu não posso medicar, eu não posso fazer nada em relação ao atendimento. Eu avalio o paciente, classifico, e entrego a ficha na mão do médico. “Olha, está com isso, isso, isso..”. .. Agora, é função dele determinar tudo. Teve inclusive um caso que o médico não quis passar na frente e deu a maior confusão pra mim. Porque veio um outro, um cirurgião que viu o paciente e pôs pra dentro. “Depois deu uma confusão danada.*

*E às vezes acontece de que a gente ta pondo pra dentro não ser o que a gente tava pensando também, né? A gente supestimar demais e depois vem o médico mesmo e fala “isso não era nada”. Mas a gente prefere ter que fazer isso, colocar o paciente pra dentro, supestimar a queixa dele, do que deixar ele lá fora.*

O médico coordenador de plantão mencionou:

*Outra coisa que havia, mas que já diminuiu muito, foi a reclamação as vezes de médicos que achavam que a classificação estava errada, que o paciente triado como amarelo era verde. Hoje as enfermeiras quando percebem que vai dar problema com os médicos elas me ligam e eu autorizo e digo que se o médico reclamar é pra dizer que eu autorizei e aí diminui este tipo de atrito. As vezes ele até fica bravo e vem conversar comigo.(...)No inicio foi difícil pela falta de conhecimento do processo de classificação de risco, mas com a prática, foi amadurecendo e melhorando. No inicio as enfermeiras chamavam muito mais por coisas que hoje elas resolvem claramente seguindo o protocolo acho que por receio ou responsabilidade de triar um paciente errado, com o amadurecimento do processo isso quase não acontece, eu geralmente sou chamado para conversar com o usuário quando ele não aceita o encaminhamento.*

Percebe-se que a decisão do atendimento permanece sendo do médico, nem sempre articulada com a decisão da classificação realizada pelo enfermeiro, numa condição muitas vezes conflituosa.

A tensão entre as profissões sempre existiu no ambiente do trabalho em saúde, entretanto o que foi evidenciado pelo grupo é que a classificação para definição de prioridade de atendimento médico, evidencia o conflito de forma mais explícita e que tal evidência não é atribuída ao Sistema de Triagem de Manchester em particular, mas ao processo de Classificação de risco como pode ser percebido pela fala da assessora da diretoria.

*Questionamento sempre tem - você triou este paciente de amarelo, mas ele é verde...Então, esse tipo de coisa que eu acho que no começo era pior aos poucos, eu acho que vem melhorando. Mas, explícita alguns conflitos, alguns problemas que a gente tem que não são por causa do protocolo. É outra história.(médica assessora)*

Ainda sobre a questão da resistência da equipe médica o entrevistado A-SES/MG contextualizou:

*Eu tenho pra mim que o processo de classificação de risco ele é muito potente como mecanismo de gestão e quebra mitos de todos os níveis. Mito da importância só do médico dentro do sistema.. isso tudo vai sendo quebrado, essa discussão de se trabalhar equipes, de se trabalhar redes de hospitais cada um com seu papel, isso vai criando e vai quebrando.. mesmo do pré hospitalar, isso vai desmitificando uma série de coisas que no Brasil se tornaram mitológicas, heróicas. Então quando você introduz um instrumento que pelo menos obriga a refletir, isso desmantela uma série de situações, e tem reação. Eu entendo hoje de forma muito natural essa reação.*

E continuou dizendo que a classificação de risco já é um processo que naturalmente traz resistência por revelar questões que estão presentes no cotidiano de forma encoberta

*É um processo que você está tentando criar mecanismos de gestão em um processo que naturalmente é caótico. E aí acho que é uma questão mitológica..... No Brasil a urgência mitologicamente se tornou um local meio caótico, isso até com certo orgulho. Pela conversa que a gente teve com alguns médicos que quando você chega em estruturas que estão mais organizadas eles tendem a desprezar.. Então no Brasil se acostumou com esta imagem da urgência pouco racional e sem reflexão. (...)Eu acho que o grande ganho da classificação de risco também é isso é forçar uma reflexão sobre um processo que não necessariamente tem que ser caótico, ele tem gestão, e isso cria certa resistência e em alguns hospitais a gente viu isso, e assim alguns hospitais resistem porque isso é jogado pra cima*

Quando o grupo foi questionado pelo coordenador do grupo focal, se sentem que o protocolo vai perdendo a força, ou seja, se deixa de ser aplicado rigorosamente como determina o manual, os participantes afirmaram que não, que o uso do STM se mantém da mesma forma desde o início de sua utilização. Entretanto, **ao indagar se ainda há médicos que ignoram ou não dão importância ao protocolo, alguns responderam que sim, outros não**, não havendo consenso sobre a questão.

Um médico lembrou o fato de ter havido a experiência de um hospital em Belo Horizonte em que o processo de implantação se deu de forma bastante difícil, relacionado à aceitação da equipe médica, o que poderia ter contribuído para que isto ocorresse. .. *Não sei se o processo do outro hospital contaminou um pouco a visão do médico. Acho que é importante dizer que uma outra instituição recuou no protocolo, eu não sei se isso contaminou a visão do médico também.*

Em relação a experiência de implantação em outro hospital:

*então por exemplo eu acho que a implantação no outro hospital não foi adequada porque na minha opinião, eu acho que deveria ter sido em um hospital menor que tivesse maior facilidade. Lá em Montes claros por exemplo nós começamos no universitário que era um hospital que tinha mais adesão ao processo. A Santa Casa só implantou a 2 meses (entrevistado A-SES/MG.)*

Já quase ao final do encontro, a médica acrescentou:

*A equipe de enfermagem foi guerreira. No início muitos deles estavam assustados, olhando com carinho de assustado, eu lembro. E, em algum outro momento, a gente achou que o pessoal ia desistir, a gente achou que ia ser uma dificuldade muito grande. Teve sim, mas não foi assim, essa dificuldade absurda, a maioria das que estão aqui estão desde o início. Então, assim, eu atribuo, grande parte do sucesso da implantação da triagem à enfermagem que comprou mesmo o projeto e acho que mandou super bem.*

Ao final foi perguntada qual a opinião sobre a adoção da classificação de risco com utilização do Sistema de Triagem de Manchester, se valeu a pena implantar apesar de todas as dificuldades relatadas, e **o grupo, de forma consensual, reconhece a importância e necessidade da classificação de risco** a partir da utilização do Sistema de Triagem de Manchester no Pronto Socorro do hospital, **mas houve dificuldades que ainda persistem e que devem ser enfrentadas** para a institucionalização do processo. Os entrevistados e outros atores ouvidos durante o processo, sendo alguns deles em 2010, afirmaram que houve mudanças no Pronto Socorro a partir da implementação da classificação de risco e que elas foram para melhor como representado na fala de um deles: “ *mudou para melhor porque a sala de emergência hoje só tem paciente que de fato são emergentes e urgentes. Antes o corredor ficava cheio de pacientes aguardando avaliação e a gente não sabia quem estava pior.*(médica do pronto socorro)

No início foi difícil pela falta de conhecimento do processo de classificação de risco, mas com a prática, foi amadurecendo e melhorando. **Houve mudança para melhor, principalmente agora que estamos encaminhando os verdes** (médico coordenador de plantão), se referindo a retomada dos encaminhamentos iniciada em dezembro de 2009.

O papel do coordenador tem grande importância na consolidação da função do enfermeiro na realização da classificação de risco como pode ser observado:

***Eu como coordenador faço questão de não tirar a autoridade da classificação que foi realizada. Se a enfermeira está lá, ela está lá pra isso. Se ela triou o paciente como verde e vai encaminhar o paciente e se eu chego lá e falo pode colocar o paciente pra dentro, eu estou minando tanto o processo de classificação de risco quanto a autoridade e o papel da enfermeira. Eu não refaço a classificação, eu reforço o papel delas porque elas que tem que ser as responsáveis pelo processo, elas é que estão lá, eu nunca melhora ou pioro o doente, por exemplo, porque tem reclamação.***

Um tema que não emergiu do grupo focal, mas foi comentado pelos entrevistados A e B-SES/MG, me pareceu de extrema importância e apresento a seguir:

Sobre a finalidade do protocolo. Eles ressaltaram que, no mínimo o protocolo serve para organizar a porta de entrada e definir quem deve ser atendido primeiro, mas são os desdobramentos que interessam, principalmente em relação a tomada de decisão, que na experiência apresentada foi pouco explorada:

*porque a classificação de risco nada mais é do que fazer isso o fluxo posterior é que é o grande ganho de gestão dentro de um serviço. Assim todo o processo tem que ser para melhorar o tempo de tomada de decisão clínica para conseguir girar o pronto socorro. (...) Se eu gerencio o risco eu passo a gerenciar o paciente como centro do processo e toda a estrutura de suporte à urgência, passa a ser em função do tempo e do risco então eu passo a trabalhar com tempo de tomada de decisão.*

Sobre a forma de organização do pronto socorro e a necessidade de garantir leitos de retaguarda:

***O pronto socorro passa a ser um centro de tomada de decisão. Ai entra o problema do nosso pronto socorro ele é muito focado em consulta, as vezes ele vira um local de internação. Eu tenho que separar essas coisas, ele é um centro de tomada de decisão e assim os pacientes de maior risco eu tenho que tomar a decisão mais rápida. Se eu defino que ele vai internar ele tem que internar em um outro local que não é o pronto socorro. Se eu trabalho em rede facilita, mas se eu não trabalho ele tem que ficar ali.***

Foi salientado que há uma diminuição do tempo de tomada de decisão dentro do hospital na medida em que vai tendo mais experiência com a utilização da classificação de risco

*a gestão do fluxo é de controle médico ou seja, o que eu estou tentando fazer é facilitar para que você tome uma decisão mais rápida então pode-se sair da classificação de risco com um eletrocardiograma quando é o fluxograma X encaminhado para tal lugar. Se eu pactuo essas coisas a partir já da classificação de risco eu reduzo o custo por incrível que pareça porque eu reduzo o tempo de tomada de decisão, eu giro mais rápido então as vezes assim faz tal exame e quando o médico for olhar ele já chega pra tomar uma decisão (...). a mesma coisa para dor, hoje tem uma recomendação pra dor de acordo com o Manchester (se referindo ao artigo de Williams & Sem(2000), Transcribing in triage: the Wrexham experience): então ele fala assim o paciente entrou assim você faz tal medicamento já acordado para ele, para não ficar esperando sentindo dor. Então esses são processos que criam mecanismos de gestão.*

## **TABELAS COMPLEMENTARES**



**TABELA 1**  
**NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS POR PRIORIDADE CLÍNICA E MÊS DE ATENDIMENTO**  
**PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009**

MÊS	PRIORIDADE CLÍNICA																	
	VERMELHO		LARANJA		AMARELO		VERDE		AZUL		BRANCO		PRETO		NÃO INFORMADO A COR		TOTAL	
	N.º	A.H.%	N.º	A.H.%	N.º	A.H.%	N.º	A.H.%	N.º	A.H.%	N.º	A.H.%	N.º	A.H.%	N.º	A.H.%	N.º	A.H.%
novembro-08	95	1,24%	1.113	14,51%	2.431	31,70%	3.299	43,02%	84	1,10%	355	4,63%	-	0,00%	291	3,79%	7.668	11,51%
dezembro-08	78	0,93%	1.218	14,49%	2.481	29,52%	3.924	46,69%	102	1,21%	453	5,39%	5	0,06%	143	1,70%	8.404	12,62%
janerio-09	54	0,64%	984	11,73%	2.510	29,91%	4.050	48,26%	97	1,16%	486	5,79%	1	0,01%	210	2,50%	8.392	12,60%
fevereiro-09	30	0,39%	1.058	13,69%	2.261	29,25%	3.697	47,83%	64	0,83%	441	5,71%	-	0,00%	178	2,30%	7.729	11,60%
março-09	43	0,48%	1.001	11,12%	2.534	28,15%	4.627	51,40%	93	1,03%	514	5,71%	1	0,01%	189	2,10%	9.002	13,51%
abril-09	49	0,54%	1.158	12,81%	2.745	30,36%	4.267	47,19%	83	0,92%	597	6,60%	1	0,01%	142	1,57%	9.042	13,57%
maio-09	67	0,78%	1.100	12,85%	2.872	33,56%	3.674	42,93%	112	1,31%	634	7,41%	-	0,00%	100	1,17%	8.559	12,85%
junho-09	49	0,63%	953	12,19%	2.003	25,61%	4.011	51,29%	112	1,43%	573	7,33%	1	0,01%	118	1,51%	7.820	11,74%
<b>TOTAL</b>	<b>465</b>	<b>0,70%</b>	<b>8.585</b>	<b>12,89%</b>	<b>19.837</b>	<b>29,78%</b>	<b>31.549</b>	<b>47,36%</b>	<b>747</b>	<b>1,12%</b>	<b>4.053</b>	<b>6,08%</b>	<b>9</b>	<b>0,01%</b>	<b>1.371</b>	<b>2,06%</b>	<b>66.616</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: HRTN / UFMG

A.H. % - Análise Horizontal: representa o resultado percentual da relação entre o número de pacientes classificados por cor no mês pelo total de pacientes do mês.

**TABELA 2**  
**NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS POR MUNICÍPIO DE**  
**RESIDÊNCIA**  
**PERÍODO 04/11/2008 à 30/06/2009**

CIDADES MINEIRAS	PACIENTES CLASSIFICADOS	
	Número	%
BELO HORIZONTE	40.573	60,91%
RIBEIRAO DAS NEVES	11.804	17,72%
VESPASIANO	5.881	8,83%
SANTA LUZIA	5.260	7,90%
OUTROS MUNICÍPIOS	8.358	12,55%
<b>TOTAL</b>	<b>66.616</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: HRTN/UFMG

**TABELA 3**  
**NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS POR PRIORIDADE CLÍNICA E MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**  
**PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009**

MUNICÍPIO	VERME- LHO	A.H. %	LARAN- JA	A.H. %	AMARE- LHO	A.H. %	VERDE	A.H. %	AZUL	A.H. %	BRAN- CO	A.H. %	PRE- TO	A.H. %	SEMI INFOR- MACÃO DA COR	A.H. %	TOTAL	A.V. %
BELO HORIZONTE	317	0,78%	5.171	12,74%	12.058	29,72%	19.617	48,35%	423	1,04%	2.186	5,39%	7	0,02%	794	1,96%	40.573	60,91%
RIBEIRAO DAS NEVES	69	0,58%	1.386	11,74%	3.523	29,85%	5.876	49,78%	164	1,39%	524	4,44%	1	0,01%	261	2,21%	11.804	17,72%
VESPASIA- NO	34	0,58%	740	12,58%	1.853	31,51%	2.791	47,46%	59	1,00%	287	4,88%	0	0,00%	117	1,99%	5.881	8,83%
SANTA LUZIA	27	0,51%	695	13,21%	1.570	29,85%	2.392	45,48%	75	1,43%	381	7,24%	0	0,00%	120	2,28%	5.260	7,90%
CONTAGEM	3	0,64%	87	18,51%	132	28,09%	149	31,70%	4	0,85%	84	17,87%	0	0,00%	11	2,34%	470	0,71%
OUTROS MUNICÍPIOS	15		506		701		724		22		591		1		68		2.628	3,94%
<b>TOTAL</b>	<b>465</b>	<b>0,70%</b>	<b>8.585</b>	<b>12,89%</b>	<b>19.837</b>	<b>29,78%</b>	<b>31.549</b>	<b>47,36%</b>	<b>747</b>	<b>1,12%</b>	<b>4.053</b>	<b>6,08%</b>	<b>9</b>	<b>0,01%</b>	<b>1.371</b>	<b>2,06%</b>	<b>66.616</b>	<b>100%</b>

Fonte:HRTN/UFMG

A.H. % - Análise Horizontal: representa o resultado percentual da relação entre o número de pacientes classificados por cor pelo total do município

A.V. % - Análise Vertical: representa o resultado percentual da relação entre o número de pacientes classificados do município pelo total geral de classificados de todos os municípios

TABELA 4

NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS POR FLUXOGRAMA E MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - PERÍODO 04/11/2008 à 30/06/2009

FLUXOGRAMA	BELO HORIZONTE	A.H. %	RIBEIRAO DAS NEVES	A.H. %	SANTA LUZIA	A.H. %	VESPASIANO	A.H. %	OUTROS MUNICÍPIOS	A.H. %	TOTAL
AGRESSÃO	885	66,49%	217	16,30%	46	3,46%	116	8,72%	67	5,03%	1.331
CORPO ESTRANHO	176	55,00%	63	19,69%	26	8,13%	42	13,13%	13	4,06%	320
CRANÇA C/ DIFICULDADE DE LOC.	12	57,14%	2	9,52%	3	14,29%	4	19,05%	0	0,00%	21
CRANÇA QUE NÃO SE SENTE BEM	1.010	55,46%	394	21,64%	144	7,91%	229	12,58%	44	2,42%	1.821
CRANÇA IRRITÁVEL	13	36,11%	9	25,00%	3	8,33%	9	25,00%	2	5,56%	36
DIABETES	135	59,47%	42	18,50%	22	9,69%	21	9,25%	7	3,08%	227
DIARREIA	118	63,10%	27	14,44%	24	12,83%	16	8,56%	2	1,07%	187
DISPNEIA	496	65,01%	136	17,82%	46	6,03%	64	8,39%	21	2,75%	763
DISPNEIA NA CRIANÇA	36	59,02%	9	14,75%	5	8,20%	10	16,39%	1	1,64%	61
DOENÇA HEMATOLOGICA	14	70,00%	3	15,00%	0	0,00%	2	10,00%	1	5,00%	20
DOENÇA MENTAL	15	78,95%	3	15,79%	0	0,00%	0	0,00%	1	5,26%	19
ASMA	100	56,82%	34	19,32%	15	8,52%	21	11,93%	6	3,41%	176
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS.	2	66,67%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	33,33%	3
DOR ABDOMINAL	1.625	59,11%	515	18,73%	273	9,93%	226	8,22%	110	4,00%	2.749
DOR ABDOMINAL NA CRIANÇA	58	53,70%	27	25,00%	7	6,48%	13	12,04%	3	2,78%	108
DOR CERVICAL	234	57,07%	84	20,49%	35	8,54%	43	10,49%	14	3,41%	410
DOR DE GARGANTA	115	56,37%	49	24,02%	21	10,29%	15	7,35%	4	1,96%	204
DOR LOMBAR	1.231	60,49%	386	18,97%	172	8,45%	189	9,29%	57	2,80%	2.035
DOR TESTICULAR	44	45,36%	20	20,62%	16	16,49%	10	10,31%	7	7,22%	97
DOR TORÁCICA	1.282	60,70%	392	18,56%	183	8,66%	170	8,05%	85	4,02%	2.112
EMBRIAGUÊS APARENTE	104	71,23%	17	11,64%	4	2,74%	17	11,64%	4	2,74%	146
ERUPÇÕES CUTÂNEAS	262	57,33%	90	19,69%	37	8,10%	64	14,00%	4	0,88%	457
AUTO-AGRESSÃO	75	63,56%	19	16,10%	6	5,08%	16	13,56%	2	1,69%	118
ESTADO DE INCONSCIÊNCIA	107	59,78%	29	16,20%	18	10,06%	21	11,73%	4	2,23%	179
EXPOSIÇÃO A QUÍMICOS	83	61,94%	17	12,69%	10	7,46%	20	14,93%	4	2,99%	134
FERIDAS	4.794	64,05%	1.387	18,53%	374	5,00%	691	9,23%	239	3,19%	7.485
GRANDE TRAUMATISMO	2.409	59,54%	611	15,10%	379	9,37%	282	6,97%	365	9,02%	4.046
GRAVIDEZ	8	61,54%	2	15,38%	3	23,08%	0	0,00%	0	0,00%	13

Continuação Tabela 4

FLUXOGRAMA	BELO HORIZONTE	A.H. %	RIBEIRAO DAS NEVES	A.H. %	SANTA LUZIA	A.H. %	VESPASIANO	A.H. %	OUTROS MUNICIPIOS	A.H. %	TOTAL
HEMORRAGIA GI	74	59,68%	24	19,35%	13	10,48%	4	3,23%	9	7,26%	124
HEMORRAGIA VAGINAL	31	47,69%	15	23,08%	6	9,23%	11	16,92%	2	3,08%	65
INDISPOSIÇÃO NO ADULTO	3.615	57,90%	1.262	20,21%	635	10,17%	508	8,14%	223	3,57%	6.243
INFECÇÕES LOCAIS E ABCESOS	149	51,56%	62	21,45%	34	11,76%	32	11,07%	12	4,15%	289
LESÃO TORACO-ABDOMINAL	123	68,33%	26	14,44%	7	3,89%	13	7,22%	11	6,11%	180
BEBÊ QUE CHORA	26	55,32%	7	14,89%	5	10,64%	8	17,02%	1	2,13%	47
MORDEDURAS E PICADAS	137	62,84%	45	20,64%	6	2,75%	26	11,93%	4	1,83%	218
PAIS PREOCUPADOS	358	51,88%	161	23,33%	62	8,99%	92	13,33%	17	2,46%	690
PROBLEMAS ESTOMATOLÓGICOS	58	50,43%	33	28,70%	8	6,96%	12	10,43%	4	3,48%	115
PROBLEMAS NASAIS	130	63,73%	37	18,14%	17	8,33%	14	6,86%	6	2,94%	204
PROBLEMAS NOS MEMBROS	13.191	62,40%	3.539	16,74%	1.672	7,91%	1.759	8,32%	980	4,64%	21.141
PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS	51	56,04%	19	20,88%	7	7,69%	11	12,09%	3	3,30%	91
PROBLEMAS OUVIDOS	66	61,68%	28	26,17%	11	10,28%	1	0,93%	1	0,93%	107
PROBLEMAS URINÁRIOS	258	57,33%	93	20,67%	48	10,67%	40	8,89%	11	2,44%	450
QUEDA	2.117	63,55%	562	16,87%	197	5,91%	323	9,70%	132	3,96%	3.331
QUEIMADURAS PROFUNDAS E SUPERF	192	56,64%	71	20,94%	32	9,44%	34	10,03%	10	2,95%	339
SOBREDOSAGEM OU ENVENENAMENTO	255	61,89%	80	19,42%	12	2,91%	56	13,59%	9	2,18%	412
TCE-TRAUMA CRANEO-ENCEFÁLICO	1.217	66,03%	313	16,98%	81	4,40%	176	9,55%	56	3,04%	1.843
VÔMITO	274	59,83%	84	18,34%	40	8,73%	51	11,14%	9	1,97%	458
CATASTROFE-AVAL. SECUNDARIA	1	50,00%	1	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2
CEFALEIA	781	57,81%	251	18,58%	163	12,07%	121	8,96%	35	2,59%	1.351
COMPORTAMENTO ESTRANHO	41	59,42%	15	21,74%	6	8,70%	3	4,35%	4	5,80%	69
CONVULSÕES	351	62,57%	102	18,18%	40	7,13%	55	9,80%	13	2,32%	561
FLUXOGRAMA NÃO INFORMADO	1.634	54,32%	390	12,97%	286	9,51%	220	7,31%	478	15,89%	3.008
<b>TOTAL</b>	<b>40.573</b>	<b>60,91%</b>	<b>11.804</b>	<b>17,72%</b>	<b>5.260</b>	<b>7,90%</b>	<b>5.881</b>	<b>8,83%</b>	<b>3.098</b>	<b>4,65%</b>	<b>66.616</b>

Fonte: HRTN/UFMG

A.H. % - Análise Horizontal: representa o resultado da relação entre o número de pacientes classificados por fluxograma por município e o número total do fluxograma no período.

**TABELA 5**  
**NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS POR FLUXOGRAMA E PRIORIDADE CLÍNICA**  
**PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009**

FLUXOGRAMA	PRIORIDADE CLÍNICA																	
	VERMELHO		LARANJA		AMARELO		VERDE		AZUL		BRANCO		PRETO		NÃO INFORMADO A COR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AGRESSÃO	37	7,96%	324	3,77%	438	2,21%	504	1,60%	2	0,27%	12	0,30%	1	11,11%	13	0,95%	1.331	2,00%
CORPO ESTRANHO	5	1,08%	10	0,12%	91	0,46%	200	0,63%	2	0,27%	5	0,12%	0	0,00%	7	0,51%	320	0,48%
CRIANÇA C/ DIFICULDADE DE LOC.	0	0,00%	0	0,00%	14	0,07%	6	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,07%	21	0,03%
CRIANÇA QUE NÃO SE SENTE BEM	7	1,51%	215	2,50%	683	3,44%	850	2,69%	22	2,95%	7	0,17%	0	0,00%	37	2,70%	1.821	2,73%
CRANQA IRRITÁVEL	0	0,00%	4	0,05%	20	0,10%	12	0,04%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	36	0,05%
DIABETES	38	8,17%	58	0,68%	83	0,42%	30	0,10%	3	0,40%	2	0,05%	0	0,00%	13	0,95%	227	0,34%
DIARREIA	0	0,00%	10	0,12%	105	0,53%	65	0,21%	2	0,27%	1	0,02%	0	0,00%	4	0,29%	187	0,28%
DISPNEIA	54	11,61%	319	3,72%	218	1,10%	139	0,44%	11	1,47%	3	0,07%	0	0,00%	19	1,39%	763	1,15%
DISPNEIA NA CRIANÇA	0	0,00%	11	0,13%	29	0,15%	18	0,06%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,22%	61	0,09%
DOENÇA HEMATOLOGICA	0	0,00%	8	0,09%	2	0,01%	2	0,01%	1	0,13%	7	0,17%	0	0,00%	0	0,00%	20	0,03%
DOENÇA MENTAL	0	0,00%	5	0,06%	8	0,04%	5	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,07%	19	0,03%
ASMA	1	0,22%	45	0,52%	107	0,54%	17	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	0,44%	176	0,26%
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSM.	0	0,00%	0	0,00%	1	0,01%	2	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,00%
DOR ABDOMINAL	4	0,86%	314	3,66%	1.507	7,60%	825	2,61%	16	2,14%	51	1,26%	0	0,00%	32	2,33%	2.749	4,13%
DOR ABDOMINAL NA CRIANÇA	0	0,00%	2	0,02%	49	0,25%	55	0,17%	1	0,13%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,07%	108	0,16%
DOR CERVICAL	0	0,00%	11	0,13%	163	0,82%	209	0,66%	13	1,74%	6	0,15%	0	0,00%	8	0,58%	410	0,62%
DOR DE GARGANTA	1	0,22%	5	0,06%	35	0,18%	149	0,47%	9	1,20%	2	0,05%	0	0,00%	3	0,22%	204	0,31%
DOR LOMBAR	0	0,00%	109	1,27%	1.059	5,34%	752	2,38%	74	9,91%	9	0,22%	0	0,00%	32	2,33%	2.035	3,05%
DOR TESTICULAR	0	0,00%	21	0,24%	56	0,28%	18	0,06%	1	0,13%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,07%	97	0,15%
DOR TORÁCICA	13	2,80%	612	7,13%	920	4,64%	446	1,41%	55	7,36%	17	0,42%	0	0,00%	49	3,57%	2.112	3,17%
EMBRIAGÜES APARENTE	6	1,29%	24	0,28%	98	0,49%	12	0,04%	4	0,54%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,15%	146	0,22%
ERUPÇÕES CUTÂNEAS	1	0,22%	38	0,44%	179	0,90%	219	0,69%	13	1,74%	0	0,00%	0	0,00%	7	0,51%	457	0,69%
AUTO-AGRESSÃO	0	0,00%	36	0,42%	49	0,25%	31	0,10%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,15%	118	0,18%
ESTADO DE INCONSCIÊNCIA	44	9,46%	50	0,58%	66	0,33%	6	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	1	11,1%	12	0,88%	179	0,27%
EXPOSIÇÃO A QUÍMICOS	1	0,22%	45	0,52%	62	0,31%	21	0,07%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	0,36%	134	0,20%
FERIDAS	10	2,15%	127	1,48%	2.100	10,59%	5.020	15,91%	96	12,85%	60	1,48%	0	0,00%	72	5,25%	7.485	11,24%
GRANDE TRAUMATISMO	28	6,02%	3.305	38,50%	606	3,05%	56	0,18%	0	0,00%	9	0,22%	0	0,00%	42	3,06%	4.046	6,07%

FLUXOGRAMA	PRIORIDADE CLÍNICA										NÃO INFORMADO A COR	TOTAL					
	VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL	BRANCO	PRETO										
GRAVIDEZ	0	2	6	4	0	0	0	1	1	0,07%	13	0,02%					
HEMORRAGIA GI	2	57	60	2	0	3	0	0	0	0,00%	124	0,19%					
HEMORRAGIA VAGINAL	0	13	32	16	3	0	0	1	1	0,07%	65	0,10%					
INDISPOSIÇÃO NO ADULTO INFECCOES LOCAIS E ABCESSOS	82	568	2.314	2.785	150	101	0	243	243	17,72%	6.243	9,37%					
LESÃO TORACO-ABDOMINAL	0	7	54	197	19	1	0	11	11	0,80%	289	0,43%					
BEBÊ QUE CHORA	4	19	49	104	0	1	1	2	2	0,15%	180	0,27%					
MORDEDURAS E PICADAS	0	3	16	26	0	0	0	2	2	0,15%	47	0,07%					
PAIS PREOCUPADOS	0	22	79	112	2	0	0	3	3	0,22%	218	0,33%					
PROBLEMAS ESTOMATOLÓGICOS	0	3	58	50	2	2	0	0	0	0,00%	115	0,17%					
PROBLEMAS NASAIS	0	10	90	86	2	14	0	2	2	0,15%	204	0,31%					
PROBLEMAS NOS MEMBROS	1	245	4.656	14.912	153	981	0	193	193	14,08%	21.141	31,74%					
PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS	1	2	31	55	2	0	0	0	0	0,00%	91	0,14%					
PROBLEMAS OUVIDOS	0	0	35	69	1	0	0	2	2	0,15%	107	0,16%					
PROBLEMAS URINÁRIOS	0	14	254	165	5	2	0	10	10	0,73%	450	0,68%					
QUEDA	27	914	1.172	1.076	5	14	0	123	123	8,97%	3.331	5,00%					
QUEIMADURAS PROFUNDAS E SUPERF	0	23	194	113	1	4	0	4	4	0,29%	339	0,51%					
SOBREDOSSAGEM OU ENVENENAMENTO TCE-TRAUMA CRANEO-ENCEFÁLICO	6	237	134	29	0	0	0	6	6	0,44%	412	0,62%					
VÔMITO	13	420	581	754	2	31	0	42	42	3,06%	1.843	2,77%					
CATASTROFE-ÁVAL. SECUNDÁRIA	0	33	322	84	2	2	0	15	15	1,09%	458	0,69%					
CEFALEIA	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0,00%	2	0,00%					
COMPORTAMENTO ESTRANHO	1	97	580	603	18	24	0	28	28	2,04%	1.351	2,03%					
CONVULSÕES	5	19	21	23	0	0	0	1	1	0,07%	69	0,10%					
FLUXOGRAMA NÃO INFORMADO	71	144	226	89	2	14	0	15	15	1,09%	561	0,84%					
TOTAL	465	8.585	12.899	19.837	29.786	31.549	47.366	747	1.126	4.053	6.086	9	0,01%	1.371	2,06%	66.616	100,00%

Fonte: HRTV/UFMG

**TABELA 6**  
**NÚMERO DE PACIENTES DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE CLASSIFICADOS POR FLUXOGRAMA E PRIORIDADE CLÍNICA**  
**PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009**

FLUXOGRAMA	PRIORIDADE CLÍNICA																	
	VERMELHO		LARANJA		AMARELO		VERDE		AZUL		BRANCO		PRETO		NÃO INFORMADO A COR		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
AGRESSÃO	26	8,20%	180	3,48%	297	2,46%	363	1,85%	2	0,47%	6	0,27%	1	14,29%	10	1,26%	885	2,18%
CORPO ESTRANHO	4	1,26%	5	0,10%	52	0,43%	105	0,54%	1	0,24%	3	0,14%	0	0,00%	6	0,76%	176	0,43%
LOCOMOÇÃO, CRIANÇA QUE NÃO SE SENTE BEM	0	0,00%	0	0,00%	8	0,07%	4	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	12	0,03%
CRANQA IRRITÁVEL	6	1,89%	118	2,28%	378	3,13%	475	2,42%	10	2,36%	7	0,32%	0	0,00%	16	2,02%	1.010	2,49%
DIABETES	0	0,00%	0	0,00%	8	0,07%	5	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	13	0,03%
DIARREIA	22	6,94%	34	0,66%	50	0,41%	21	0,11%	2	0,47%	1	0,05%	0	0,00%	5	0,63%	135	0,33%
DISPNEIA	0	0,00%	4	0,08%	72	0,60%	39	0,20%	1	0,24%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,25%	118	0,29%
DISPNEIA NA CRIANÇA	35	11,04%	229	4,43%	137	1,14%	72	0,37%	9	2,13%	2	0,09%	0	0,00%	12	1,51%	496	1,22%
DOENÇA NA CRIANÇA	0	0,00%	8	0,15%	17	0,14%	8	0,04%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,38%	36	0,09%
DOENÇA HEMATOLÓGICA	0	0,00%	4	0,08%	1	0,01%	1	0,01%	1	0,24%	7	0,32%	0	0,00%	0	0,00%	14	0,03%
DOENÇA MENTAL	0	0,00%	4	0,08%	7	0,06%	3	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,13%	15	0,04%
ASMA	1	0,32%	29	0,56%	58	0,48%	7	0,04%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	5	0,63%	100	0,25%
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,00%
DOR ABDOMINAL	2	0,63%	186	3,60%	917	7,60%	460	2,34%	9	2,13%	33	1,51%	0	0,00%	18	2,27%	1.625	4,01%
DOR ABDOMINAL NA CRIANÇA	0	0,00%	0	0,00%	27	0,22%	30	0,15%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,13%	58	0,14%
DOR CERVICAL	0	0,00%	7	0,14%	92	0,76%	119	0,61%	6	1,42%	4	0,18%	0	0,00%	6	0,76%	234	0,58%
DOR DE GARGANTA	0	0,00%	3	0,06%	21	0,17%	82	0,42%	6	1,42%	2	0,09%	0	0,00%	1	0,13%	115	0,28%
DOR LOMBAR	0	0,00%	75	1,45%	660	5,47%	431	2,20%	40	9,46%	5	0,23%	0	0,00%	20	2,52%	1.231	3,03%
DOR TESTICULAR	0	0,00%	9	0,17%	24	0,20%	10	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,13%	44	0,11%
DOR TORÁCICA	9	2,84%	376	7,27%	562	4,66%	269	1,37%	28	6,62%	8	0,37%	0	0,00%	30	3,78%	1.282	3,16%
EMBRAGUÊS APARENTE	4	1,26%	15	0,29%	74	0,61%	6	0,03%	3	0,71%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,25%	104	0,26%
ERUPÇÕES CUTÂNEAS	1	0,32%	25	0,48%	111	0,92%	112	0,57%	8	1,89%	0	0,00%	0	0,00%	5	0,63%	262	0,65%
AUTO-AGRESSÃO	0	0,00%	27	0,52%	29	0,24%	18	0,09%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,13%	75	0,18%
ESTADO DE INCONSCIÊNCIA	32	10,09%	26	0,50%	40	0,33%	3	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	0,76%	107	0,26%
EXPOSIÇÃO A QUÍMICOS	0	0,00%	29	0,56%	40	0,33%	11	0,06%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,38%	83	0,20%
FERIDAS	6	1,89%	83	1,61%	1.297	10,76%	3.269	16,66%	59	13,95%	36	1,65%	0	0,00%	44	5,54%	4.794	11,82%
GRANDE TRAUMATISMO	18	5,68%	1.969	38,08%	365	3,03%	33	0,17%	0	0,00%	2	0,09%	0	0,00%	22	2,77%	2.409	5,94%



Continuação tabela 6

FLUXOGRAMA	PRIORIDADE CLÍNICA														TOTAL					
	VERMELHO		LARANJA		AMARELO		VERDE		AZUL		BRANCO		PRETO			NÃO INFORMADO A COR				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		Nº	%			
GRAVIDEZ	0	0,00%	2	0,04%	4	0,03%	2	0,01%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	8	0,02%
HEMORRAGIA GI	1	0,32%	32	0,62%	37	0,31%	1	0,01%	0	0,00%	3	0,14%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	74	0,18%
HEMORRAGIA VAGINAL	0	0,00%	7	0,14%	12	0,10%	9	0,05%	3	0,71%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	31	0,08%
INDISPOSIÇÃO NO ADULTO	57	17,98%	349	6,75%	1.355	11,24%	1.570	8,00%	77	18,20%	61	2,79%	0	0,00%	146	18,39%	3.615	8,91%		
INFECÇÕES LOCAIS E																				
ABCESSOS	0	0,00%	2	0,04%	28	0,23%	104	0,53%	10	2,36%	1	0,05%	0	0,00%	4	0,50%	149	0,37%		
LESÃO TORACO-ABDOMINAL	3	0,95%	11	0,21%	35	0,29%	72	0,37%	0	0,00%	1	0,05%	1	14,29%	0	0,00%	123	0,30%		
BEBÊ QUE CHORA	0	0,00%	0	0,00%	8	0,07%	17	0,09%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,13%	26	0,06%		
MORDEDURAS E PICADAS	0	0,00%	14	0,27%	47	0,39%	73	0,37%	2	0,47%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,13%	137	0,34%		
PAIS PREOCUPADOS	0	0,00%	6	0,12%	63	0,52%	266	1,36%	13	3,07%	2	0,09%	0	0,00%	8	1,01%	358	0,88%		
PROBLEMAS																				
ESTOMATOLÓGICOS	0	0,00%	2	0,04%	28	0,23%	25	0,13%	2	0,47%	1	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	58	0,14%		
PROBLEMAS NASAIS	0	0,00%	8	0,15%	61	0,51%	53	0,27%	0	0,00%	7	0,32%	0	0,00%	1	0,13%	130	0,32%		
PROBLEMAS NOS MEMBROS	1	0,32%	128	2,48%	2.816	23,35%	9.558	48,72%	95	22,46%	485	22,19%	0	0,00%	108	13,60%	13.191	32,51%		
PROBLEMAS																				
OFTALMOLÓGICOS	1	0,32%	2	0,04%	17	0,14%	29	0,15%	2	0,47%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	51	0,13%		
PROBLEMAS OUVIDOS	0	0,00%	0	0,00%	24	0,20%	42	0,21%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	66	0,16%		
PROBLEMAS URINÁRIOS	0	0,00%	8	0,15%	152	1,26%	86	0,44%	3	0,71%	2	0,09%	0	0,00%	7	0,88%	258	0,64%		
QUEDA	18	5,68%	531	10,27%	767	6,36%	704	3,59%	4	0,95%	9	0,41%	0	0,00%	84	10,58%	2.117	5,22%		
QUEIMADURAS PROFUNDAS E																				
SUPERF	0	0,00%	12	0,23%	117	0,97%	60	0,31%	1	0,24%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,25%	192	0,47%		
SOBREDOSAGEM OU																				
ENVENENAMENTO	2	0,63%	145	2,80%	91	0,75%	14	0,07%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,38%	255	0,63%		
TCE-TRAUMA CRANEO-ENCEFALICO	9	2,84%	270	5,22%	378	3,13%	515	2,63%	2	0,47%	17	0,78%	0	0,00%	26	3,27%	1.217	3,00%		
VÔMITO	0	0,00%	27	0,52%	182	1,51%	52	0,27%	1	0,24%	2	0,09%	0	0,00%	10	1,26%	274	0,68%		
CATÁSTROFE-AVAL. SECUNDARIA	0	0,00%	1	0,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,00%		
CEFALEIA	0	0,00%	63	1,22%	340	2,82%	333	1,70%	8	1,89%	21	0,96%	0	0,00%	16	2,02%	781	1,92%		
COMPORTAMENTO ESTRANHO	4	1,26%	10	0,19%	16	0,13%	10	0,05%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,13%	41	0,10%		
CONVULSÕES	55	17,35%	94	1,82%	133	1,10%	50	0,25%	2	0,47%	9	0,41%	0	0,00%	8	1,01%	351	0,87%		
FLUXOGRAMA NÃO INFORMADO	0	0,00%	2	0,04%	3	0,02%	14	0,07%	13	3,07%	1.449	66,29%	5	71,43%	148	18,64%	1.634	4,03%		
<b>TOTAL</b>	<b>317</b>	<b>0,78%</b>	<b>5.171</b>	<b>12,74%</b>	<b>12.058</b>	<b>29,72%</b>	<b>19.617</b>	<b>48,35%</b>	<b>423</b>	<b>1,04%</b>	<b>2.186</b>	<b>5,39%</b>	<b>7</b>	<b>0,02%</b>	<b>794</b>	<b>1,96%</b>	<b>40.573</b>	<b>100,00%</b>		

Fonte:HRTN/UFG

**TABELA 7**  
**NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS POR PRIORIDADE CLÍNICA E SALA DE ATENDIMENTO MÉDICO**  
**PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009**

PRIORIDADE CLÍNICA	SALA DE ATENDIMENTO																	
	PAF		ORTOPEDIA		PAMI		PEDIATRIA		SALA AMARELA		SALA EMERGÊNCIA		SUTURA		NÃO INFORMADO		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
VERMELHO	5	3,09%	1	0,00%	0	0,00%	26	0,51%	7	0,04%	366	4,47%	7	0,09%	53	0,76%	465	0,70%
LARANJA	5	3,09%	174	0,83%	1	0,61%	434	8,57%	692	4,04%	6.678	81,58%	105	1,32%	496	7,15%	8.585	12,89%
AMARELO	0	0,00%	4.790	22,80%	7	4,24%	1.925	37,99%	8.831	51,51%	831	10,15%	2.396	30,14%	1.057	15,25%	19.837	29,78%
VERDE	7	4,32%	14.493	68,98%	11	6,67%	2.455	48,45%	6.434	37,53%	49	0,60%	5.228	65,76%	2.872	41,43%	31.549	47,36%
AZUL	0	0,00%	87	0,41%	0	0,00%	37	0,73%	176	1,03%	0	0,00%	25	0,31%	422	6,09%	747	1,12%
BRANCO	129	79,63%	1.251	5,95%	135	81,82%	90	1,78%	584	3,41%	82	1,00%	114	1,43%	1.668	24,06%	4.053	6,08%
PRETO	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	7	0,09%	0	0,00%	2	0,03%	9	0,01%
NÃO INFORMADO A COR	16	9,88%	213	1,01%	11	6,67%	100	1,97%	420	2,45%	173	2,11%	75	0,94%	363	5,24%	1.371	2,06%
<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>0,24%</b>	<b>21.009</b>	<b>31,54%</b>	<b>165</b>	<b>0,25%</b>	<b>5.067</b>	<b>7,61%</b>	<b>17.144</b>	<b>25,74%</b>	<b>8.186</b>	<b>12,29%</b>	<b>7.950</b>	<b>11,93%</b>	<b>6.933</b>	<b>10,41%</b>	<b>66.616</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: HRTN/UFMG

PAF: Pronto Atendimento Feminino

PAM: Pronto Atendimento Masculino.

**TABELA 8**

**NÚMERO E PERCENTUAL DE PACIENTES CLASSIFICADOS E  
DESISTENTES DO ATENDIMENTO  
PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009**

<b>COR</b>	<b>Nº PACIENTES CLASSIFICADOS</b>	<b>Nº PACIENTES DESISTENTES</b>	<b>% PACIENTES DESISTENTES</b>
VERMELHO	465	0	0,00%
LARANJA	8.585	95	1,11%
AMARELO	19.837	1.580	7,96%
VERDE	31.549	7.354	23,31%
AZUL	747	621	83,13%
BRANCO	4.053	207	5,11%
PRETO	9	0	0,00%
NÃO INFORMADO	1.371	276	20,13%
<b>TOTAL</b>	<b>66.616</b>	<b>10.133</b>	<b>15,21%</b>

Fonte: HRTN / UFMG

TABELA 9

TEMPO MÉDIO DE ESPERA EM MINUTOS POR PRIORIDADE CLÍNICA  
PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009

COR	ENTRE RECEPÇÃO E A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ENTRE A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E O ATENDIMENTO MÉDICO
*VERMELHO	27,45	53,46
*LARANJA	13,12	31,10
AMARELO	23,00	69,23
VERDE	26,38	97,11
AZUL	30,05	180,38
BRANCO	16,89	92,53
NÃO INFORMADO A COR	23,03	84,62

Fonte: HRTN / UFMG

TABELA 10

NÚMERO DE PACIENTES CLASSIFICADOS POR TURNO  
PERÍODO 04/11/2008 a 30/06/2009

TURNO	NÚMERO
DIA	44.155
NOITE	22.461
<b>TOTAL</b>	<b>66.616</b>

Fonte: HRTN / UFMG

**QUADRO I**

**PRODUÇÃO ASSISTENCIAL 2008 – 2009**

Atividade Assistencial	Jan-Out/08	nov/08	dez/08	jan/09	fev/09	mar/09	abr/09	mai/09	jun/09	Nov 08-Jun/09
Cirurgias	500	476	482	488	467	531	531	520	550	525
Pronto Socorro (Clínica Médica)	1636	2985	3026	3234	2885	3275	3289	3548	3155	3175
Pronto Socorro (Pediatría)	248	338	361	443	430	603	810	670	515	521
Pronto Socorro (Cirurgia Geral)	1636	2298	2279	2268	2083	2424	2441	2257	2244	2287
Pronto Socorro (Cirurgia Plástica)	1225	1435	1545	1490	1337	1416	1312	1270	1298	1387
Pronto Socorro (Ortopedia)	5198	5106	4882	4591	4368	5451	5205	5105	4873	4947
Ambulatório de Egressos	1877	1941	2008	1777	1666	2189	2175	2106	2261	2000
Urgências na Maternidade	1432	1457	1464	1577	1450	1612	1513	1414	1243	1462
Internações	1361	1424	1488	1431	1324	1465	1438	1506	1497	1437
Exames	49766	52849	52430	55974	52571	62254	55169	54581	50257	54510

Fonte: HRTN/UFMG

Prof. Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Prof. Túlio Batista Franco

Profa. Alzira de Oliveira Jorge

Profa. Tânia Couto Machado Chianca

Prof. Joaquim Antônio César Mota

Prof. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Orientador

Coordenador

30 de junho de 2010.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Joaquim Antônio César Mota, Tânia Couto Machado, Alzira de Oliveira Jorge, Túlio Batista Franco e Helvécio Miranda Magalhães Júnior, aprovou a defesa da tese intitulada: "CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: UMA ANÁLISE PARA ALÉM DE SUA DIMENSÃO TÉCNICO-ASSISTENCIAL" apresentada pela doutoranda ANA AUGUSTA PIRES COUTINHO, para obtenção do título de Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em

## DECLARAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640  
cpef@medicina.ufmg.br

