

A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA: IMPLICAÇÃO NA EFICIÊNCIA DO TRABALHO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA¹

MARIA DE LOURDES ULHÔA² | FERNANDO COUTINHO GARCIA³ | CRISTINA TORRES LIMA⁴
DANIELA SOARES SANTOS⁵ | PEDRO ADALBERTO AGUIAR CASTRO⁶

RESUMO

Esta investigação teve por objetivo analisar o processo de implantação do sistema ALERT® Manchester de Classificação de Risco no pronto atendimento do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte, tendo em vista a percepção do enfermeiro quanto aos objetivos propostos pela tecnologia. Trata-se de um estudo de caso descritivo de caráter quantitativo, que utilizou como instrumento de coleta de dados uma escala de inovação tecnológica validada por Chaves, Marques e Dias (2006). Os resultados apontam que, no fator inovação, fontes de informações sobre a mudança foram formais e informais e, em alguns casos, foram consideradas insuficientes pelos respondentes. O fator resposta inicial, apresentou-se como sendo de consistência moderada, motivando o indivíduo a buscar informações adicionais sobre a inovação. No fator conclusão, apontou-se a aceitação como comportamento final. Quanto aos moderadores individuais identificou-se que os respondentes não reconheceram ameaça ao convívio social com a nova tecnologia e manifestaram possível dificuldade de reconhecer que a mudança levaria a maior eficiência no atendimento ao usuário. Nos moderadores situacionais, acredita-se que não há tendência de inércia do grupo e, além disso, discordam que experiências anteriores levaram à descrença sobre o êxito de mudanças futuras. Nesse sentido, faz-se necessário compreender o potencial transformador das novas tecnologias, bem como a adoção da estratégia de implementação em outras organizações. A partir daí, poderá haver qualificação do ato de exercer e organizar o processo de trabalho, o que possibilita oferecer acolhimento de qualidade aos usuários dos serviços que utilizam o Protocolo de Manchester como ferramenta de trabalho.

Palavras-Chaves: tecnologia de informação; enfermagem; classificação de risco; mudança organizacional.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the implantation process of ALERT® Manchester Risk Classification System at the triage department service in a public hospital of Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, based on the perception of nurses about the objectives proposed by the technology.

This is a descriptive quantitative case study of, which used as tool for data collection a scale of technological innovation validated by Chaves, Marques and Dias (2006). The results indicate that the information about change that nurses had access originated from formal and informal sources and, in some cases, they considered it insufficient. The initial response factor presented the nurses' perception as being of moderate consistency, which motivates the professional to seek further information about the proposed innovation. On the conclusion factor, most pointed as final behavior the acceptance, while fewer respondents showed a pattern of indecision about the process of change. The individual moderators factor identified that they did not recognize the threat to social harmony with the implantation of the Risk Classification technology, and also showed a possible difficulty in recognizing that the change would lead to greater efficiency in user care giving. On the situational moderators factor, nurses believe that there is a tendency to inertia of the group, and also disagree that previous experiences of unsuccessful changes have led professionals to the disbelief on the successful implementation of future changes. Based on the data obtained through this research, it is necessary to understand the transformative potential of new technologies and the adoption of the strategy for its implementation in other organizations. I From this on, there may be a qualification of the act of providing and organizing the work, which gives nurses quality in their work of care giving of emergency services that uses Manchester Protocol (Triage and Risk Classification) as a working tool.

Keywords: information technology; nursing; risk classification; organizational change.

¹Data de recepção: 26/03/2010. Data de aprovação: 30/09/2010. Data de publicação: 15/12/2009.

²Mestre em Administração (Relações de poder e dinâmica das organizações) pela Faculdade Novos Horizontes. Gerente de Ensino e Pesquisa do Hospital Municipal Odilon Behrens. E-mail: lulude.ulhoa@terra.com.br.

³Pós-Doutor em Sociologia do Trabalho pela Università di Roma (Itália). Professor titular da Faculdade Novos Horizontes. E-mail: fernando.coutinho@unihorizontes.br

⁴Mestranda em Administração da Faculdade Novos Horizontes. Especialista em Administração Hospitalar e em Auditoria em Serviços de Saúde pela Faculdade São Camilo. Gestora do Centro de Pós Graduação da ESP/MG. E-mail: ctlima@terra.com.br

⁵Mestranda em Enfermagem da EEUFG. Coordenadora do escritório de projetos da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Municipal Odilon Behrens. E-mail: danielass.enf@gmail.com

⁶Enfermeiro pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. E-mail: pedroacastro@gmail.com

INTRODUÇÃO

A urgência qualifica um estado de atendimento prioritário a um paciente em detrimento de outros, devido a apresentar uma afecção que evolui ou tende a, rapidamente, evoluir para um estado grave, configurando a necessidade de atendimento imediato ao ponto de não poder permanecer em “fila de espera” ou esperar por atendimento em consulta eletivo (BRASIL, 2006). Neste sentido, os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da assistência à saúde no Brasil. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda desencadeado pelos seguintes fatores: crescimento demográfico, violência urbana, aumento do número de acidentes e as doenças crônico-degenerativas (BRASIL, 2004).

Os cofatores da superlotação dos serviços de urgência podem ser apontados como: desinformação sobre a regionalização e hierarquização dos serviços de assistência à saúde; sistema de referência e contrarreferência da rede básica de saúde; credibilidade, e confiança na instituição e em sua capacidade de solucionar os problemas de saúde (MERHY; ONOCKO, 2002).

Levando em consideração a amplitude do SUS e o objetivo de promover a melhoria para o usuário e para os profissionais e considerando-se a importância desse serviço e a demanda crescente de pacientes, é necessário buscar alternativas que garantam a priorização do atendimento de pacientes graves, visando diminuir os riscos decorrentes da demora do atendimento (NOVAES; PAGANINI, 2002).

Ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde brasileiro vem buscando alternativas para a organização da rede de atenção às Urgências e Emergências. Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências, pautada, sobretudo, na necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências (BRASIL, 2004). Em 2004,

o MS lançou a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), que apresenta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no processo de trabalho, de resolutividade e de produção de saúde nos serviços de urgência (ABBÊS; MASSARO, 2004).

O acolhimento consiste em uma etapa do processo de trabalho que representa o momento de recepção do usuário e as possibilidades de resposta e intervenção, resultando, então, na complementação dos saberes e práticas específicos e comuns das diversas categorias profissionais (MERHY; ONOCKO, 2002). A Avaliação com Classificação de Risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, houve a necessidade de reestruturar o processo de trabalho e de redirecionamento da “entrada” dos usuários, que, até então, se baseava em uma forma de priorização por “triagem”, centrada na figura do coordenador médico e na lógica da exclusão (DESLANDES, 2000).

Gatti (2003) comenta que, atualmente, o sistema de triagem adotado em inúmeros hospitais públicos de urgência transferiu ao enfermeiro a competência de avaliar o paciente em consonância com protocolos, de determinar as necessidades de prioridade e de encaminhá-lo à área de tratamento. Dessa forma, prioriza o atendimento a pacientes graves e presta assistência com segurança (MACHADO, 2005).

Diante de toda a complexidade no atendimento da unidade de Urgência/ Emergência, o Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB)⁷, uma importante porta de entrada para os atendimentos clínicos e traumáticos do município de Belo Horizonte, deu início ao processo de implantação do Acolhimento com Classificação de Risco em

⁷ Hospital Municipal Odilon Behrens. Relatório de Gestão 2003-2007: **Conquistas e Desafios**. Belo Horizonte, 2008.

seu Pronto-Socorro, em 2005, seguindo diretrizes da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde.

A implantação de um sistema mais avançado em tecnologia surgiu juntamente com os objetivos de melhorar a qualidade na classificação de risco; organizar o fluxo; garantir a todos o atendimento e acesso compatível com as suas necessidades; e otimizar e sistematizar o atendimento a partir da atribuição de prioridades clínicas (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

O sistema de “Triagem de Manchester” é um sistema de classificação de doentes atendidos em Serviço de Urgência que estabelece a prioridade no atendimento em função da maior ou menor gravidade da sua situação clínica (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

Após a definição pela aquisição do software, por intermédio da multinacional portuguesa ALERT®, em 2008, coube a ela a responsabilidade pela instalação de seu software nos hospitais de urgência da rede pública em Minas Gerais, além da informatização do Protocolo de Manchester (triagem e classificação de risco) (GRUPO ALERT BRASIL, 2008). Com um investimento da ordem de R\$ 48 milhões, o estado de Minas Gerais optou por utilizar o protocolo de Manchester informatizado da ALERT®, na expectativa de que esta empresa ofereça soluções operacionais para os ambientes clínicos e permita aos hospitais públicos a otimização dos recursos utilizados (GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2008).

Por se tratar de uma decisão política associada aos níveis estadual e municipal para a instalação desse software nos hospitais de urgência da rede pública, além da informatização do Protocolo de Manchester (triagem e classificação de risco), foi feito um processo de formação de equipes. Essas foram agrupadas por especialidade, em que os profissionais são treinados de forma que o operador do sistema seja induzido a triar o paciente da forma determinada pelo software (GRUPO ALERT BRASIL, 2008).

Como uma atividade nova essa ferramenta tecnológica operacional implantada no cotidiano do enfermeiro sugere haver uma suposta resistência à sua incorporação no processo de trabalho, uma vez que culminou com a falta de autonomia dos profissionais enfermeiros responsáveis pela sua operacionalização. Acredita-se que criar um espaço de discussão possibilita se tornar ponto de partida para pesquisar se essa nova tecnologia influenciou na organização do serviço de um hospital de urgência.

Este estudo se justifica na medida em que trata de um investimento com elevado custo em tecnologias para a melhoria da eficiência da instituição hospitalar no que se refere à organização da “porta de entrada” dos hospitais de urgência e emergência. Até o momento, não há estudos que avaliam o processo de implantação do sistema ALERT® Manchester na Classificação de Risco do HOB na visão dos enfermeiros usuários dessa tecnologia.

Considera-se que este estudo possa contribuir para o esclarecimento das possíveis interferências de fatores individuais e situacionais que estão implicados no processo de adaptação dos profissionais enfermeiros no uso dessa tecnologia, propiciando subsídios para o monitoramento, acompanhamento e direcionamento de estratégias para aprimorar e otimizar a utilização da nova tecnologia de Classificação de Risco.

OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de implantação do sistema ALERT® Manchester de Classificação de Risco no atendimento prestado na unidade de pronto atendimento, tendo em vista a percepção do enfermeiro quanto à ocorrência de resistência a mudança.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como a implantação de nova tecnologia teve reflexo no processo de trabalho dos profissionais enfermeiros;
- Identificar o perfil dos enfermeiros usuários

do sistema ALERT® quanto à faixa etária, gênero, tempo de trabalho e domínio da tecnologia de informática;

- Analisar os níveis de resistência à mudança e as interferências dos fatores individuais e situacionais no processo de trabalho dos profissionais enfermeiros à luz do modelo de Chaves, Marques e Dias (2006).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Demanda da Urgência e emergência e sua organização

O Ministério da Saúde, por meio da Resolução RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002, estabelece como atribuição dos estabelecimentos assistenciais de saúde a prestação de atendimento imediato aos problemas de saúde, garantindo: “atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência)”. O serviço de urgência/emergência não tem a finalidade de rejeitar ou excluir usuários, mas sim organizar o fluxo de pacientes no sistema de saúde e selecionar os meios mais adequados para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2006).

Quando se discute conceitualmente urgência, a primeira reação é dividi-la em pequena, média e grande urgência, incluindo-se nesta última as emergências. Entretanto, essa divisão não leva em consideração o momento real da demanda da população por atendimento imediato (MAGALHÃES, 1998). Para o autor, diferentemente da emergência médica, a caracterização das situações clínicas agudas é feita pelos próprios usuários quando procuram por atendimento, e é nessa lógica que os serviços de urgência devem se organizar. Esta é uma demanda complexa e com grande espectro de possibilidades diagnósticas.

Em Belo Horizonte, foi construído um projeto de reorganização da atenção às urgências e emergências, passando pelas ações das unidades ambulatoriais, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), pronto-socorros hospitalares e centros de atenção ao

trauma, rede de urgência em odontologia e saúde mental, atenção pré-hospitalar, central de internação, retaguarda hospitalar própria e contratada (MAGALHÃES, 1998).

O Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) está inserido na Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, localizado no Distrito Sanitário Noroeste. O HOB é um Hospital Geral, de Ensino e de Urgência e Emergência. “É referência no município para as urgências clínicas (pediatria, ginecologia/obstetrícia e clínica médica), cirúrgicas (ortopédicas, neurológicas, buco-maxilo-facial, vasculares, cirurgia plástica, ginecológicas), maternidade de alto risco, internações, além do ambulatório de especialidades” (Plano Municipal de Saúde, 2005; 2008, p. 135).

Gestão hospitalar pública e os atendimentos de urgência e emergência

Entre as características da organização hospitalar, ressalta-se a estrutura hierarquizada, na qual os diferentes e, às vezes, conflitantes interesses das corporações que nela atuam são equacionados no cotidiano de trabalho (ALVES, 1996). Neste sentido, as organizações hospitalares públicas estão diante de uma crise nas suas condições administrativas, assistenciais e gerenciais (ALVES, 2008). A autora comenta que, na atualidade, o caminho que tem sido percorrido para a modernização gerencial contempla a implementação de novos padrões de práticas administrativas dos gestores públicos, a construção em torno de um projeto de qualificação da assistência e a implantação efetiva da gestão colegiada em hospitais públicos, caracterizada pela sociabilização de normas, pelo redesenho de valores e pela participação dos trabalhadores, em todos os níveis da organização, de maneira descentralizada, autônoma e democrática (ALVES, 2008).

Cecílio (1999) contribui com a questão mencionando que se trata de reconhecer que no hospital há atores muito distintos, com múltiplos interesses, inserções diferenciadas e controle de recursos de poder diferenciados e

que trabalhar em uma equipe ou em uma unidade de trabalho ou, mesmo, um colegiado de unidade pode ser, no limite, uma idealização.

A necessidade de acompanhar as políticas públicas e as mudanças nos procedimentos organizacionais se reflete diretamente nos trabalhadores de saúde. Nas últimas décadas e, de forma mais intensa, nos anos atuais, a introdução de novas tecnologias nos hospitais públicos levou a um redesenho nas estruturas, nos processos e nos modelos de gestão (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000). Segundo os autores, nesse contexto, as instituições públicas precisam, cada vez mais, acompanhar e desenvolver habilidades e competências para gerenciar as mudanças organizacionais e culturais.

Diante desta realidade, seria importante buscar por novas diretrizes que potencializem o bom desempenho do SUS, entendido como um sistema capaz de interferir positivamente no bem-estar da população (CAMPOS; AMARAL, 2007). Por diretrizes os autores entendem ser as formas e arranjos organizacionais e da clínica que orientam a construção do que será um futuro hospital do SUS.

Nos cenários em que as urgências acontecem, a inovação gerencial deve ser acompanhada de uma cotidiana reflexão em relação aos critérios de acesso na porta de entrada dos serviços hospitalares. Entretanto, as instituições têm que atender às demandas dos componentes dos contextos social, político e econômico, bem como atender à demanda de inovações ligadas à assistência e à gestão do trabalho em saúde (ANDRADE, 2008).

Caracterização e conceituação das urgências e emergências

Conforme terminologia básica descrita em Brasil (1985) e veiculada no país, as “unidades de urgência e emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas onde existe um trabalho de equipe especializado e podem ser divididas em Pronto-atendimento, Pronto-socorro e Emergência”.

O pronto-atendimento, como a unidade funcional de saúde, no horário estabelecido, presta serviço de assistência a usuários com ou sem risco de vida cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Já o pronto-socorro tem a mesma missão, porém, funciona durante as 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação. A emergência é a unidade destinada à assistência de usuários, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato (BRASIL, 1985).

A conceituação de urgência abrange o evento caracterizado como vital na percepção dos indivíduos e/ou da sociedade. Apresenta gravidade percebida ou sentida como ameaça à sua integridade física ou mental. “É passível de tratamento, entretanto, a intervenção e resolução devem ser feitas em período normalmente de até 24 horas após seu início, excetuando-se o trabalho de parto” (BRASIL, 2006).

De acordo com a Resolução 1451/95 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o termo urgência pode ser definido como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”, e o termo emergência, como “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”.

No entanto, vale ressaltar que o Ministério da Saúde tem questionado a distinção entre esses termos, considerando a semelhança de significado e o grande número de julgamentos e dúvidas que tal ambivalência terminológica suscita. Dessa forma, tem-se optado pela utilização do termo urgência para referir-se a todos os casos agudos, respeitados os critérios de prioridade ou grau de urgência (BRASIL, 2006).

A urgência é composta por três fatores: gravidade, tratamento e tempo (BRASIL, 1998). Com relação à gravidade, poderá ser uma falsa –, por exemplo, a morte, que é em realidade de gravidade nula, mas, frequentemente, é mal

qualificada como “gravidade suprema”. Quanto ao tratamento, a urgência exige cuidados de um nível prioritário, alta complexidade e, frequentemente, “intensivos” e “invasivos”. O tempo, o terceiro fator, é inversamente proporcional à urgência, pois, quanto menor o tempo disponível ou necessário, maior será a urgência. A necessidade de tempo depende do prognóstico e da evolução das síndromes. A disponibilidade de tempo será indicada pelo intervalo para iniciar os tratamentos e os cuidados (BRASIL, 1998).

Há uma cadeia de percepção e de decisão do usuário ao procurar o serviço de urgência, pois o indivíduo com alterações biológicas e diante de sua necessidade de atendimento médico procura o melhor lugar para ser atendido. Ele busca melhor assistência, melhor tratamento e menor dispêndio financeiro (NACIMBENE; ALMEIDA; DUARTE, 2008). Diante do exposto, os autores enfatizam que o crescente número de atendimentos no Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), destaca-se nos quesitos localização e custo benefício, pois se localiza em região central, cujo acesso é facilitado pelos meios de transporte municipais. Esse tipo de percepção justifica a superlotação de atendimentos de pacientes de baixa e mínima prioridade.

Acolhimento com classificação de risco como estratégia de humanização da assistência nas unidades de urgência e emergência

Atualmente, tem sido debatida no Brasil a necessidade de melhorar a estrutura organizacional, o atendimento humanizado e a satisfação do usuário, assim como de promover estímulos para a equipe que atua no Serviço de Emergência. Satisfação do usuário, humanização e acolhimento têm sido bastante enfatizados nas discussões (SHIROMA, 2008).

Para Deslandes (2004), a legitimidade da questão “humanização” ganhou novo status com a regulamentação, em 2000, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), pois é baseado nas relações entre

profissionais e usuários, e entre hospital e comunidade. Além disso, propõe ações integradas visando a melhorar a assistência aos usuários no ambiente hospitalar público e qualificar os serviços prestados.

A possibilidade de utilização do acolhimento enquanto estratégia de ampliação do acesso e humanização das relações começa a ser discutida de forma mais concreta a partir, também, da publicação da portaria GM 2.048/02 (BRASIL, 2002), que regulamenta o funcionamento de urgência/emergência e preconiza como ferramenta de gestão, da urgência a implantação do Acolhimento junto com Classificação de Risco (BRASIL, 2002).

O acolhimento é compreendido como uma ação que permeia qualquer relação entre o profissional de saúde e o usuário. Toda a equipe deve ser acolhedora, humanizada, receptiva e, sobretudo, resolutiva (SHIROMA, 2008). Acolhimento como ação técnico assistencial pressupõe que haja uma mudança de comportamento dos profissionais com os usuários e sua rede social, com base em parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

Citado como um dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, o Acolhimento, com avaliação e a classificação de risco, propõe a avaliação de riscos e vulnerabilidade apresentada pelo usuário do SUS. É considerado como uma atividade que requer percepção ampliada de sinais e/ou sintomas, devendo ser o enfermeiro o profissional responsável por classificar os pacientes, ouvir a queixa principal, identificar os riscos e a vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema demandado (BRASIL, 2004).

A triagem na classificação de risco e o profissional enfermeiro

A principal finalidade de um serviço de triagem é escolher quais pacientes devem ter prioridade no atendimento, ou seja, fazer com

que os pacientes mais graves sejam atendidos primeiro. Em um serviço de emergência, as inovações focam a finalidade de organizar o fluxo de paciente no sistema de saúde e de selecionar os meios adequados para o diagnóstico e o tratamento (GATTI, 2003).

O enfermeiro tem sido o profissional indicado para classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência. Os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) têm emitido pareceres diferentes sobre a atuação do enfermeiro na classificação de risco, dentre os quais se pode citar o Parecer 010/2007 do COREN-MG, que ressalta que a classificação de risco deve ser feita por profissionais com nível de formação superior devidamente treinados e que estejam subsidiados pela existência de protocolos técnicos. Menciona, ainda, que a participação do profissional está condicionada à definição clara e prévia de suas competências.

Ao enfermeiro que atua na classificação de risco, é essencial a habilidade da escuta qualificada, da avaliação e registro correto e detalhado da queixa principal, a capacidade de trabalhar em equipe, o raciocínio clínico rápido para a tomada de decisão, e o conhecimento dos sistemas de apoio na rede assistencial (Souza, 2009). No decorrer de sua vida profissional, o enfermeiro da urgência desenvolve a habilidade de avaliar as necessidades do paciente, não só as biológicas como também as sociais e psicológicas. Além disso, sua formação inclui a gestão de recursos humanos e de suprimentos, que propicia uma visão sobre logística e especificidade de atendimento do setor incluindo, área física e fluxo de pacientes, aspectos esses que devem ser considerados relevantes no momento da priorização do atendimento (GATTI, 2003).

O Grupo Português de Triagem (2002) menciona que a triagem deve ser dinâmica e responder às necessidades tanto dos doentes como do serviço. As decisões de triagem relativas aos pacientes são potencialmente únicas para cada enfermeiro e fazem parte inerente do seu próprio processo de tomada de decisão (SHIROMA, 2008).

Shiroma (2008) explica que para muitos enfermeiros experientes na urgência a introdução de nova tecnologia relacionada à informatização da triagem é um processo árduo e longo, pois os métodos individuais utilizados na tomada de decisões foram desenvolvidos ao longo do exercício profissional, sendo difícil desvincular esses métodos de sua prática diária. Desta forma, tal mudança deve ser vista como aperfeiçoamento do processo triagem, proporcionando um raciocínio claro para a decisão, bem como o desenvolvimento de competência dos profissionais na realização de uma triagem que assegure o consenso de conduta entre eles (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

Vale salientar que o atual processo de tomada de decisão na triagem, por meio de protocolo informatizado, implantado em hospitais públicos de urgência e emergência, é eficaz e adaptável a qualquer ambiente profissional, sendo valioso para qualquer enfermeiro independente do seu grau de experiência (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

Com a implantação da classificação de risco nas emergências, os resultados esperados são: diminuição do risco de mortes evitáveis; priorização de critérios clínicos, e não por ordem de chegada; garantia de acesso; encaminhamento dos usuários a outros serviços de referências quando houver necessidades (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

Modelos de triagem como dispositivo de classificação de risco em saúde

O aumento da demanda por atendimento nos serviços de urgência e emergência não se apresenta como problema somente em países em desenvolvimento. Existe em outros países a utilização de protocolos de classificação de risco para auxiliar na avaliação e classificação de prioridades de atendimento ao usuário e obter padronizações das avaliações. Os modelos de triagem apresentam variações de acordo com as experiências em serviços geralmente isolados (sem concepção sistêmica). De acordo com Pires (2003) e Minas Gerais

(2009), os modelos de triagem mais avançados passaram a ser utilizados por uma rede de serviços (sistêmico). São eles:

Australasian Triage Scale - ATS©

Foi o pioneiro e sistematizado em tempos de espera, de acordo com a gravidade. Na Austrália, a triagem é, efetivamente, o primeiro contato do paciente com o setor de urgência e emergência e por isso tratada como um mecanismo de muita relevância, realizada por profissionais enfermeiros, que tem função essencial nestes serviços. A atual ATS© foi adotada em nível nacional em 1994, como parte das Políticas de Triagem. Até este ano, sofreu alterações e foi testada nos quesitos utilidade, aplicabilidade e validade. Compreende cinco categorias de classificação que variam de 1 a 5, sendo que a cada uma é estabelecido um tempo máximo para atendimento médico. As cinco categorias dessa escala são as seguintes: risco de vida imediato, risco de vida iminente, potencial risco de vida, pacientes potencialmente graves e menos urgentes. Essa escala tem sido adotada pelas autoridades de saúde e pelo “Australasian Council on Health Care Standards” (ACHS) como base de avaliação de desempenho das Unidades de Emergência (AUSTRALASIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2001) para a classificação de risco de crianças, vítimas de trauma e distúrbios de comportamento, levando em consideração a situação clínica dos mesmos.

Canadian Triage Acuity Scale - CTAS©

A escala canadense foi construída tendo por base a escala australiana ATS©. Originou-se devido à necessidade de padronização das informações geradas nos serviços de urgência e teve como objetivo principal, a garantia do acesso de pacientes e a medição dos recursos utilizados nesta área. A escala de triagem, a “Canadian Triage Acuity Scale” (CTAS©), foi implantada em 1999. Tecnicamente, requer grande detalhamento dos sinais e sintomas a serem investigados em cada nível de

classificação. Possui cinco níveis de classificação de risco e prioriza o atendimento aos mais graves.

O objetivo da CTAS© é garantir o acesso dos usuários, padronizar as informações produzidas e mensurar a utilização de recursos disponíveis (BEREVIDGE, 1998; GORANSSON et al, 2005). Em 2008, o protocolo canadense foi revisado, e foram atribuídas cores a cada nível de classificação, sendo que a cor azul reflete o maior nível de prioridade e a cor branca o menor nível.

Pires (2003) traduziu para o português e realizou validação clínica do protocolo canadense. Concluiu que este protocolo é um instrumento que pode ser utilizado pelos serviços de emergência brasileiros, mas que o estudo deveria ser repetido em hospitais de diferentes níveis de complexidade e com uma maior amostragem.

Emergency Severity Index - ESI©

Dentre todas as escalas existentes, a escala mais utilizada nos Estados Unidos é a “Emergency Severity Index - ESI©”. Implantada ao final da década de 90 teve como objetivo o de estratificar o risco dos pacientes em três níveis de prioridades: Emergência, Urgência e Não urgência. A escala ESI©, estabelece tempo limite de espera para que seja realizado o atendimento médico em cada nível de classificação.

É o sistema de triagem mais avançado ainda em utilização, embora não esteja difundido em todo o país. Trabalha com um único algoritmo focado mais na necessidade de recursos para o atendimento. É endossado pela “Emergency Nurses Association” (ENA) que sugere a padronização de procedimentos, protocolos, para a realização da triagem, sugere, também, que deva ser feita por um enfermeiro com experiência comprovada em unidades de urgência (GILBOY et al, 2005).

Manchester Triage System (MTS©) – Protocolo de Manchester

Em 1994, na Inglaterra, o MTS© foi criado pelo Grupo Português de Triagem (GPT), que

pretendia estabelecer consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência (GOMES, 2008). Os objetivos eram: criar normas de triagem, incluindo nomenclaturas e definições comuns; desenvolver uma sólida metodologia de triagem; planejar e implementar um plano de formação/capacitação; e desenvolver de um guia de auditoria para a triagem. Em 1997, este sistema de triagem foi implantado e, desde então, foi adotado por vários hospitais do Reino Unido. Em 2000, foi incorporado como ferramental nos serviços de urgência de Portugal (GOMES, 2008).

Basicamente, este sistema consiste na avaliação do paciente por um enfermeiro com formação e experiência em urgência, o qual procede à avaliação da situação, seguindo um algoritmo de decisão (protocolo), e conclui pela atribuição de uma determinada tarjeta colorida ao paciente, traduzindo cada uma destas cores um tempo máximo de espera seguramente admissível, conforme exposto na TABELA 1 (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

Nº	Cor	Nome	Tempo Alvo
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Tabela 1 – Relação entre a classificação cor da tarjeta e tempo médio para atendimento

Fonte: Grupo Português de Triagem, 2002.

Na triagem guiada pelo protocolo de Manchester, a tomada de decisões consiste em uma série de passos para se chegar a uma conclusão, são eles: 1) Identificação do problema; 2) Coleta e análise das informações relacionadas com a solução; 3) Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação; 4) Implementação da alternativa escolhida; 5) Monitorização da implementação e avaliação dos resultados.

No Brasil, principalmente em Minas Gerais, nos serviços de emergências são realizadas capacitações dos profissionais envolvidos na classificação de risco pelo Grupo Brasileiro de Avaliação e Classificação de Risco (GBACR, 2006). O Grupo Português de Triagem (2002) menciona que o papel principal do profissional enfermeiro é colocar o doente em uma categoria de triagem e, posteriormente, atendê-lo por ordem de prioridade. Seu principal objetivo é tornar-se proeficiente na avaliação rápida ou seja: efetuar uma tomada de decisão adequada, fazer a delegação de tarefas apropriada, ter ciência do perfil dos usuários que aguardam o atendimento e do fluxo do setor e acompanhar de perto o processo de trabalho dos profissionais envolvidos na triagem (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

O quadro abaixo compara as características dos modelos apresentados:

Característica	ATS	CTAS	MTS	ESI
Escala de 5 Níveis	SIM	SIM	SIM	SIM
Utilização universal no País	SIM	SIM	SIM	NÃO
Baseada em Categorias de sintomas	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Baseados em discriminantes chave	SIM	NÃO	SIM	SIM
Baseados em algoritmos clínicos	NÃO	NÃO	SIM	SIM
Baseados em escalas de urgência pré-definidas	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Formato eletrônico informatizado	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Quadro 1 Características principais dos modelos

Fonte: Minas Gerais (2009, p. 83)

Observa-se na comparação entre os modelos, que todos utilizam escalas de 5 níveis, e o único que tem formato eletrônico que permite a consulta em tempo real aos dados dos pacientes e se baseia em algoritmos clínicos é o Protocolo de Manchester. Além disso, o MTS é baseado em categorias de sintomas e não em escalas de urgência pré-definidas, o que significa introdução de mais protocolos de manejo e, conseqüentemente, induz ao diagnóstico o que não é desejável em um protocolo de classificação de risco (MARQUES, 2009).

Tecnologia de informação como ferramenta operacional no contexto hospitalar

O aparato tecnológico que as instituições vêm incorporando são fatores determinantes de novas modalidades de processos de trabalho em saúde. Algumas questões precisam ser avaliadas e analisadas, dentre elas as transformações que ocorrem nos setores de urgência e suas interferências no atendimento da população e, conseqüentemente, no processo de trabalho (MOREIRA, 2004 apud SHIROMA, 2008).

As organizações em geral, incluindo aquelas que atuam na área da saúde, devem revisar e ajustar suas práticas gerenciais para identificar e desenvolver estratégias que melhor se relacionem com todos os seus públicos (ALMEIDA; MELLO, 2004). Entretanto, o novo paradigma não reside somente no estabelecimento de estratégias para melhor conhecê-los, porque é crucial que as organizações saibam utilizar as ferramentas oriundas da informática, com o fim de obter o melhor resultado no seu relacionamento com clientes diretos e indiretos (ALMEIDA; MELLO, 2004). Na área de saúde, a demanda por acesso a serviços de melhor qualidade obrigou a reorganização dos processos de trabalho, das relações dos profissionais de saúde com a população e do emprego de novas tecnologias.

No Brasil, a introdução do uso da tecnologia da informação na área de saúde e, particularmente, nos hospitais é relativamente recente (CERQUEIRA; MAC-ALLISTER, 2005). Na maioria das organizações hospitalares, os sistemas na área de saúde, quando existem, limitam-se ao controle de assuntos administrativos, como cobranças, faturamento, estoque, contabilidade e controle de leitos (CERQUEIRA; MAC-ALLISTER, 2005).

Segundo Oliveira (1996), os gestores, de maneira geral, e, em especial, os hospitalares investem em novas ferramentas de TI, porque acreditam que isso lhes permitirá realizar suas operações mais rapidamente e a um custo mais baixo. Utilizam-na para objetivos estratégicos e para planejar e alcançar um ou mais dos objetivos operacionais independentes: a)

aumentar a continuidade (integração funcional, automação intensificada, resposta rápida); b) melhorar o controle (precisão, acuidade, previsibilidade, consistência, certeza); e c) proporcionar maior compreensão das funções produtivas (visibilidade, análise, síntese). Portanto, a TI é uma aliada no processo de melhoria da capacidade de gestão e integração com a sociedade e é, atualmente, um dos principais insumos estratégicos para as organizações hospitalares (CERQUEIRA; MAC-ALLISTER, 2005).

A partir da inclusão das tecnologias de sistemas no trabalho, será cada vez mais exigida dos profissionais em geral a habilidade, pois a capacitação nessa área tornou-se de importância fundamental. No setor saúde, a repercussão é idêntica, pois a inclusão digital e tecnológica neste cenário tem exigido dos trabalhadores competência para operar equipamentos que funcionam como suporte de decisões importantes no cotidiano do trabalho

Inovação tecnológica nos serviços hospitalares

A implementação crescente de novas tecnologias fez surgir um conjunto de novos aspectos organizacionais que demonstra limites e contradições (ROBERTS; GRABOWSKI, 2004).

Queiroz e Moreira (2007) enfatizam três dilemas fundamentais que emergem da implementação de novas tecnologias: o primeiro, refere-se a mudança que acontece nas bases e na distribuição do conhecimento como resultado do trabalho que passa a ser mediado por computadores. O segundo dilema remete às relações de autoridade, em que novas demandas por habilidades intelectuais em todos os níveis organizacionais, que poderão quebrar com a distinção entre funções operacionais e gerenciais. Dessa forma, a implementação de novas técnicas de controle por parte de gerentes, para ampliar a autoridade gerencial, formando assim o terceiro dilema da implantação de tecnologias novas.

Nesse sentido, ao garantir que todos realizem suas atividades segundo o planejado,

a implantação de novas tecnologias confere maior segurança a suas atividades. Os controles implementados não asseguram as relações de poder existentes, mas servem para tornar transparente e previsível a ação de seus membros (QUEIROZ; MOREIRA, 2007).

Para que a inovação tenha êxito, parece existir uma relação de dependência entre dois componentes centrais: a pesquisa tecnológica, constituída de pessoas, equipamentos, conhecimentos, capital e outros; e a capacidade da organização de gerenciar todos esses recursos que se intercompletam de forma dinâmica, via processos (ANDRADE, 2008).

Assim, em ambientes com alto grau de complexidade social e técnica, como os locais de atendimentos de urgência e emergência, a confiança em qualquer implementação de tecnologia de informação (TI) na estrutura organizacional pode gerar variabilidade na adaptação dos profissionais e ignorar a visão de uma nova perspectiva do trabalho.

Manifestações de resistência à mudança

As mudanças tecnológicas ocorrem no dia a dia das empresas, nas instituições de produção de bens e serviços, nos hospitais, clínicas e unidades de saúde, nas próprias pessoas, nos sistemas de tecnologia, nas estruturas organizacionais de comunicação, nas formas de planejamento, na execução e no controle das estratégias e em todos os projetos das instituições. Acontecem mundialmente e são caracterizadas pela transformação da situação em que se encontram e podem desencadear resistência por parte dos trabalhadores (MOTTA, 1998).

Embora organizações mudem quando surgem necessidades reais e urgentes, elas podem provocar a sua transformação estando baseadas em pressupostos que muitas podem não sustentar suas características de poder, clima e cultura. Segundo Bernardo (2005), as inovações tecnológicas são sempre candidatas ao risco da resistência, em razão da grande preocupação com novas informações, que, às vezes, requerem uma nova maneira de trabalhar e, até, de pensar, podendo vir a alterar o papel do elemento humano nos contextos

organizacional, produtivo e social. Como consequência, pode-se desencadear alto grau de resistência, associado ao processo de evolução tecnológica (BERNARDO, 2005).

Em ambientes com alto grau de complexidade social e técnica, como os locais de atendimentos de urgência e emergência, a confiança em qualquer implementação de tecnologia de informação (TI) na estrutura organizacional pode gerar variabilidade na adaptação dos profissionais e ignorar a visão de uma nova perspectiva do trabalho (QUEIROZ; MOREIRA, 2007).

Para as mudanças organizacionais, a resistência é apontada como o maior obstáculo ao seu sucesso. No caso de mudanças nas organizações, o fator humano poderá significar a diferença entre sucesso e fracasso. A resistência pode ser notada nos comportamentos dos usuários quando reagem à implantação de novas tecnologias, de novos sistemas de gestão e controle de informações empresariais e de novas formas de comunicação hierárquica. Normalmente, estão associadas ao medo do novo e à ameaça de perda do poder, de perda do cargo e de perda das vantagens de posicionamento nos fluxogramas organizacionais (DUQUE; MACHADO; PELISSARI, 2007).

As mudanças se manifestam de duas maneiras distintas: a resistência para aceitar a tecnologia; e a forma de se identificar com ela. A resistência pode resultar em comportamentos passivos ou, até, em sabotagens, enganos intencionais, recusa para usar o sistema e tentativas de torná-lo inoperante. A forma de identificação menciona comportamentos tão vinculados à tecnologia que o indivíduo para de pensar e passa a se portar como máquina (AYRES, 2000).

Com base neste contexto, Hernandez e Caldas (2001) mencionam que há seis estratégias genéricas para se superar a resistência à mudança: a) educação e comunicação; b) participação e envolvimento; c) facilitação e suporte; d) negociação e acordo; e) manipulação e cooperação; e f) coerção explícita e/ou implícita.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso descritivo quantitativo, realizado no setor de Classificação de Risco do Hospital Municipal Odilon Behrens, pertencente à rede municipal de saúde de Belo Horizonte. No ano de 2009, o hospital houve a informatização do processo de trabalho da classificação de risco, com a implantação do sistema ALERT® Manchester.

A população do estudo foi composta por 30 enfermeiros, que corresponde a todos os enfermeiros responsáveis pela realização da Classificação de Risco, sendo estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: atuar na classificação de risco, ter sido capacitado para manusear o software, e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi composta por 26 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de 23/11/09 a 04/12/09, durante os sete dias da semana, nos períodos diurno e noturno. Para avaliar a percepção do enfermeiro quanto à ocorrência de resistência à mudança, utilizou-se como instrumento de coleta de dados a Escala de Inovação Tecnológica adaptada do modelo validado por Chaves, Marques e Dias (2006). A escala possui 27 questões, distribuídas em dimensões, de acordo com as fases do processo de resistência à mudança, sendo:

a) Exposição à mudança ou inovação – consiste no contato inicial do indivíduo com a intenção de mudança e com as informações sobre ela. Neste estágio, os canais de informações podem ser caracterizados como formais e informais.

b) Resposta inicial – as atitudes apresentadas pelos indivíduos em relação à mudança estão intimamente relacionadas ao resultado da análise individual da fase anterior e podem apresentar aceitação, rejeição ou indecisão inicial em relação aos atributos da mudança. Com base no modelo utilizado neste estudo, as atitudes adotadas pelos indivíduos neste estágio podem ser de alta consistência e de consistência moderada.

c) Conclusão – neste estágio os possíveis comportamentos adotados pelos indivíduos

diante da mudança são: aceitação e indecisão.

d) Moderadores individuais e moderadores situacionais – trata-se de características que exercem influência no processo cognitivo do indivíduo e atuam como moderadores de todos os estágios do processo de percepção da mudança. A escolha das variáveis individuais e situacionais justifica-se pelo fato de serem fatores potencializadores da resistência, podendo ser considerados como os que mais influenciam neste processo.

Cada dimensão é avaliada em escala intervalar de concordância do tipo Likert de 5 (cinco) pontos, sendo que 1 = Discordo totalmente, e 5 = Concordo totalmente.

A aplicação da escala foi realizada pela pesquisadora e por dois voluntários, após capacitação dos mesmos sobre o objetivo do projeto, a forma de aplicação da escala, e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa estatístico SPSS®, versão 17.0. Utilizou-se estatística descritiva simples para caracterização da amostra, análise das medidas de resistência à mudança e para cada dimensão da escala.

Para a avaliação da influência do gênero, escolaridade, faixa etária, treinamento adequado e treinamento ALERT® no nível de resistência à mudança, adotou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney. A hipótese nula é a de que não há diferença entre as medianas das categorias, e a hipótese alternativa é a de que existe diferença entre as medianas.

Esta pesquisa cumpre com o normatizado na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Odilon Behrens.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Análise descritiva das variáveis demográficas e ocupacionais

Considerando a representatividade da amostra pesquisada em termos demográficos e ocupacionais, traça-se seu o perfil: a maioria

dos respondentes é constituída de mulheres (61,5%), têm idade acima de 31 anos (46,2%), apresenta nível de escolaridade de especialização completa (50%), trabalha há menos de 5 anos na instituição (100%) e realiza classificação de risco há menos de 2 anos (100%).

Medidas de resistência à mudança

Foram analisadas e comparadas as variáveis presentes no modelo proposto e validado por Chaves, Marques e Dias (2006). Para efeito de apresentação, procurou-se agrupar estes indicadores em cinco fatores: inovação, resposta inicial, conclusão, moderadores individuais e moderadores situacionais, conforme mostrado anteriormente no item 5.4.

Tendo em vista que o instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto, basicamente, por escalas de resposta do tipo LIKERT de 5 pontos. Considerou-se como escore médio ou mediana o valor de 3,0. Assim, as variáveis que apresentarem escores acima de 3,0 indicam uma situação de concordância; abaixo de 3,0, discordância; e igual a este valor, concordância.

A TAB. 2 mostra os resultados dos fatores da resistência à mudança que o enfermeiro estabelece com a instituição.

Fator	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
Inovação	3.23	0.85	2.72	3.31	3.90
Resposta inicial	3.65	0.61	3.25	3.75	4.00
Conclusão	3.41	0.62	2.96	3.50	3.89
Moderadores individuais	2.28	0.65	1.75	2.00	2.56
Moderadores situacionais	2.48	0.47	2.00	2.50	2.81

Tabela 2 – Fatores da resistência à mudança, segundo a percepção dos enfermeiros

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Na TAB. 2, constatou-se uma situação intermediária entre a discordância e a concordância com os fatores inovação, resposta inicial e conclusão por parte dos informantes, uma vez que os escores obtidos apresentaram uma mediana entre 3,3 e 3,75.

Houve uma situação de discordância com

os fatores moderadores individuais e moderadores situacionais dos informantes, uma vez que os escores obtidos apresentaram uma mediana menor ou igual a 2,50 (TAB. 2). Neste sentido, os moderadores individuais e moderadores situacionais são fatores importantes de serem considerados, uma vez que exercem influência na percepção de cada indivíduo nas condições de mudança organizacional (HERNANDEZ; CALDAS, 2001).

O estudo leva a compreender que a falta de planejamento para a implantação estratégica da tecnologia e a dificuldade de enxergar o potencial transformador das tecnologias de informação podem causar efeitos danosos, bem como resultados inesperados para as organizações no contexto social (QUEIROZ; MOREIRA, 2007).

Percebe-se que em instituições em que os processos de reorganização do trabalho se mobilizam em torno da organização do cuidado, o comportamento de alguns profissionais é influenciado pela dificuldade de conviver e enfrentar a implantação de novos modelos institucionais.

A TAB. 3 aponta o resultado dos níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias da escolaridade.

Fatores	Escolaridade	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Inovação	Superior Completo	3.62	0.019*	Super.> Mest/ Espec.
	Mestrado/Especialização	2.75		
Resposta inicial	Superior Completo	4.00	0.032*	Super.> Mest/ Espec.
	Mestrado/Especialização	3.50		
Conclusão	Superior Completo	3.71	0.246	Todos iguais
	Mestrado/Especialização	3.35		
Moderados individuais	Superior Completo	2.00	0.874	Todos iguais
	Mestrado/Especialização	2.12		
Moderados situacionais	Superior Completo	2.50	0.958	Todos iguais
	Mestrado/Especialização	2.50		

Tabela 3 – Níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias da escolaridade

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Observa-se que, pelo teste de Mann-Witney, para as dimensões “inovação e resposta inicial”, há diferença estatisticamente significativa entre os grupos de diferente grau

de escolaridade ($p=0,019$). Diante do exposto, é mais provável uma pessoa com nível de especialização ou mestrado apresentar menor concordância com os fatores inovação e resposta inicial do que uma pessoa com apenas graduação completa.

Diante do exposto, pode-se dizer que o fato de os respondentes com nível de especialização e mestrado apresentarem menor concordância com os fatores inovação e resposta inicial pode estar associado à tendência de grupos com maior escolaridade apresentarem um pensamento crítico mais apurado da realidade (CHAVES; MARQUES; DIAS, 2006).

Em verdade, essas ideias ocultam múltiplas classes profissionais, portadoras de poderes/saberes muito assimétricos e que configuram arranjos institucionais muito complexos, instituídos nos seus interesses, arranjos, ocultamentos e esquemas de todos os tipos. Mudanças podem ser vistas como ameaças, assim como alguns modelos de gestão são vistos como ameaçadores pelos trabalhadores (CECÍLIO, 1999).

Vale refletir que os profissionais de enfermagem com um grau de conhecimento mais qualificado podem aprender por meio das consequências resultantes de seus comportamentos e atitudes, e também dos próprios colegas de trabalho.

Indicadores	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
1. O ALERT@ te ofereceu, formalmente, informações a respeito da mudança de Protocolo de Classificação de Risco através da INTRANET.	3.31	1.408	2.00	4.00	4.25
2. O ALERT@ te ofereceu, formalmente, informações a respeito da mudança de Protocolo de Classificação de Risco através de cartas, memorandos, folhetos, boletins e relatórios em geral.	3.23	1.423	2.00	3.50	4.25
3. O ALERT@ te ofereceu, formalmente, informações a respeito da mudança através de reuniões e palestras.	3.92	1.262	3.00	4.00	5.00
4. As informações a respeito da mudança transmitidas pelos canais formais do ALERT@ foram, sozinhas, suficientes para esclarecer todas as suas dúvidas sobre a mudança.	2.96	1.341	2.00	2.50	4.00
5. Seus colegas te transmitiram, em primeira mão, as informações sobre a mudança na Classificação de Risco.	3.65	1.294	3.00	4.00	5.00
6. As informações a respeito da mudança transmitidas pelos seus colegas sobre o ALERT@ foram, por si só, suficientes para esclarecer todas as suas dúvidas Sobre a mudança.	2.69	1.320	1,75	2.50	4.00
7. As informações sobre a mudança que você recebeu dos colegas de trabalho foram todas verdadeiras.	3.19	1.021	2.00	3.00	4.00
8. Dentre as informações que você recebeu dos seus colegas da mudança na Classificação de Risco, não houve informações confusas ou ambíguas.	2.92	1.294	2.00	3.00	4.00

Tabela 4 – Caracterização da amostra total segundo o fator inovação

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No que diz respeito às variáveis em relação ao fator inovação, constatou-se uma situação de concordância com os indicadores das questões II.1, II.3 e II.5, uma vez que estes escores obtidos apresentaram uma mediana de 4,00 e uma situação de discordância com os indicadores das questões II.4 e II.6 sendo que estes escores obtidos apresentaram uma mediana menor do que 3,00 (TAB.4).

Com base na análise da TAB. 3, pode-se apontar que as fontes de informações sobre a mudança a que os enfermeiros do HOB tiveram acesso foram de origem formal e informal, sendo, nesses casos, consideradas insuficientes pelos respondentes nas questões II.4 e II.6.

Pretende-se aqui verificar como ocorre o processo de comunicação na instituição estudada: se são transmitidos verbalmente (fonte informal) ou se há mecanismos formais para a transmissão das informações.

É importante salientar que a maior ou menor facilidade de comunicação está ligada à definição clara de responsabilidade e autoridade. A melhor maneira para implementar mudança é envolver os indivíduos no processo de decisão, dando-lhe informações que o subsidiem. Dessa forma, as pessoas se sentem mais motivadas e comprometidas com a assertividade de todo o processo (MOURA, 2002).

Resposta inicial

No que diz respeito às variáveis em relação ao fator resposta inicial para a amostra total, constatou-se uma situação de concordância com a maioria das questões, uma vez que a maioria dos escores obtidos apresentou uma mediana maior ou igual a 4,00. Entretanto, apenas a questão II.9 revelou uma situação de discordância no fator resposta inicial, pois obteve um escore igual a 2,0.

Indicadores	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
9. Assim que você obteve as primeiras informações sobre a mudança na Classificação de Risco, você as considerou uma oportunidade e não sentiu necessidade de aprofundar a sua análise sobre a mesma.	2.42	1.238	1.00	2.00	3.00
10. Apesar de ter aceitado prontamente a mudança à primeira vista, você sentiu necessidade de buscar mais informações sobre ela para decidir como se comportar diante da mesma.	4.50	0.762	4.00	5.00	5.00
11. Quando você obteve as primeiras informações sobre a mudança, se sentiu indeciso quanto ao seu impacto real na Classificação de Risco e preferiu se informar melhor sobre ela.	3.81	0.939	3.00	4.00	4.00
12. Primeiramente, você considerou a mudança na Classificação de Risco parcialmente aceitável e se sentiu estimulado a buscar mais informações sobre ela.	3.88	1.107	3.00	4.00	5.00

Tabela 5 – Caracterização da amostra total segundo o fator resposta inicial

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Com base na análise individual feita com os dados obtidos na TAB. 5 e valor da mediana (3,75) referente a resposta inicial da TAB. 5 é possível afirmar que os profissionais enfermeiros podem apresentar atitudes diferenciadas em relação à mudança. Podem ser atitudes de aceitação, rejeição ou indecisão. De acordo com o modelo utilizado neste estudo, a percepção dos respondentes apresentou-se como sendo de consistência moderada (CHAVES; MARQUES; DIAS, 2006). O fato de os respondentes apresentarem consistência moderada em relação à mudança e se sentirem motivados a buscar mais informações sobre a nova tecnologia pode ter reflexo do processo de trabalho envolvendo o software (GATTI, 2003). Neste sentido, a capacitação desses profissionais deverá ser criteriosamente planejada e estruturada de forma a não deixar lacunas de conhecimento.

Conclusão

Conforme a TAB. 6, em relação ao fator conclusão para a amostra total, constatou-se uma situação de concordância com a maioria dos indicadores, uma vez que um grupo preponderante dos escores obtidos apresentou uma mediana igual a 4,00. A questão II.17 apontou uma situação de discordância (2,0), enquanto a II.18 indicou uma situação intermediária entre discordância e concordância (3,0) no fator conclusão.

Dessa forma, é importante comentar que em qualquer dimensão o indivíduo pode reavaliar os atributos e possíveis consequências

Indicadores	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
13. Você cooperou ativamente com o processo de mudança na Classificação de Risco através de sugestões espontâneas sobre o mesmo.	3.38	1.267	2.75	4.00	4.00
14. Você divulgou espontaneamente os benefícios da mudança na sua área de trabalho.	3.77	1.032	3.00	4.00	4.25
15. Você considera que, apesar de não ter participado ativamente do processo de mudança, ela foi boa para a organização.	4.00	0.938	3.75	4.00	5.00
16. Você aceitou, sem se opor, os preceitos da mudança com o bons para o futuro da Classificação de Risco.	3.85	1.223	3.00	4.00	5.00
17. Você ainda não conseguiu concluir se a mudança foi boa ou ruim para a o Pronto Socorro.	2.54	1.421	1.00	2.00	4.00
18. Às vezes você apoiou a mudança na Classificação de Risco.	3.08	1.468	2.00	3.00	4.25
19. Você considerou alguns aspectos da mudança na Classificação de Risco aceitáveis, enquanto outros aspectos são, na sua opinião, inaceitáveis.	3.27	1.638	1.75	4.00	5.00

Tabela 6 – Caracterização da amostra total segundo o fator conclusão

Fonte: Dados coletados da pesquisa

da mudança, podendo percebê-la como ameaça ou como oportunidade, ou como ambos ao mesmo tempo. Tal situação demonstra caráter cíclico do modelo validado por Chaves, Marques e Dias (2006). Um dos grandes desafios a essa questão é a desalienação dos profissionais da saúde, que, muitas vezes, variam entre apatia, burocracia e corporativismo. Juntam-se, o desinteresse, o agir mecânico e o descompromisso, conforme enfatizado por Campos (2007).

Moderadores individuais

Indicadores	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
20. Você tinha medo de que, com a mudança, pessoas que gosta seriam desligadas da instituição ou do seu setor de trabalho.	1.69	1.087	1.00	1.00	2.00
21. Você tinha medo de ser realocado para setores onde teria que trabalhar com pessoas de quem você não gosta e que não gostam de você.	1.81	1.167	1.00	1.00	3.00
22. Você não acreditava que os especialistas externos responsáveis pela mudança sabiam mais sobre o que é melhor para a Classificação Risco do que as pessoas que trabalham aqui dentro.	3.15	1.255	2.00	3.00	4.00
23. Na verdade, você achou que as mudanças realizadas na Classificação Risco serviram mais para satisfazer as necessidades políticas do que para melhorar o desempenho organizacional.	2.46	1.503	1.00	2.00	4.00

Tabela 7 – Caracterização da amostra total segundo o fator moderadores individual.

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No que diz respeito às variáveis em relação ao fator moderadores individuais para a amostra total, os resultados apontaram uma situação de discordância com os indicadores, uma vez que a maioria dos escores obtidos apresentou uma mediana menor ou igual a 2,00 (TAB. 7). Com exceção da questão II.22, que apresentou uma situação intermediária entre discordância e concordância por parte dos informantes (mediana igual a 3,00). Desta forma, os resultados apontaram que os indivíduos manifestaram uma possível dificuldade de reconhecer a necessidade de mudança.

As tecnologias de informação estão mudando o perfil das organizações hospitalares. A preocupação com as inovações tecnológicas é que sempre há a necessidade de acompanhamento, que, muitas vezes, requer uma nova maneira de trabalhar e, até, de pensar (ALMEIDA; COELHO, 2000). A percepção da mudança pode variar conforme as etapas da mudança e estão simultaneamente associadas ao efeito no comportamento dos indivíduos (CHAVES; MARQUES; DIAS, 2006).

A adequação da realidade à mudança tem o intuito de superar deficiências de desempenho no trabalho, ou preparar-se para novas funções, ou ainda para adaptar-se para a introdução de novas tecnologias. Isso poderá ou não promover o livre crescimento dos profissionais (PANTOJA; BORGES-ANDRADE, 2002).

Moderadores situacionais

Indicadores	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
24. Seu grupo de trabalho na Classificação Risco discorda quando você tenta inovar as suas práticas.	2.04	0.958	1.00	2.00	2.25
25. Durante a mudança na Classificação Risco, seu grupo de trabalho o pressionou para continuar realizando o seu trabalho da maneira antiga.	2.35	1.231	1.00	2.50	3.25
26. As experiências anteriores de mudanças mal sucedidas na Classificação Risco o tornou descrente em relação ao sucesso de futuras mudanças nessa organização.	2.04	1.038	1.00	2.00	3.00
27. Quando uma mudança é proposta na Classificação Risco você acha que é mais uma tentativa desgastante de mudança que, no final das contas, as coisas mudarão para pior ou ficarão no mesmo lugar.	1.58	0.809	1.00	1.00	2.00

Tabela 8 – Caracterização da amostra total segundo o fator moderadores situacionais

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No que diz respeito às variáveis em relação ao fator moderadores situacionais para a amostra total, constatou-se uma situação de discordância, uma vez que todos os escores obtidos apresentaram uma mediana menor ou igual a 2,50 (TAB. 8).

Foi possível identificar que os respondentes acreditam não haver uma tendência de inércia do grupo que limitasse a tentativa de mudança comportamental do indivíduo. Além disso, os participantes discordaram do fato de que experiências anteriores de mudanças mal sucedidas levaram os indivíduos à descrença sobre o êxito de implementação de mudanças futuras (CHAVES; MARQUES; DIAS, 2006).

A aceitação é um processo complexo, na medida em que conduzir a mudança é, segundo Motta (1998), gerenciar o gap entre a percepção da realidade vivida e a proposta de mudança. Quando uma mudança é proposta no ambiente de trabalho, quase sempre gera uma percepção de ameaça ao status quo, à situação já organizada e segura da pessoa. Provoca um desequilíbrio interno, que quase sempre deflagra reações imediatas para restabelecer o estado anterior de equilíbrio (MOTTA, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De forma resumida e com base nos conceitos tratados no referencial teórico referentes ao instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa, pode-se dizer que os resultados encontrados apontaram em relação ao fator inovação que as fontes de informações sobre a mudança, as quais os enfermeiros do HOB tiveram acesso foram de origem formal e informal, e, em alguns casos, foram consideradas insuficientes por eles. No fator resposta inicial, a percepção dos respondentes apresentou-se como sendo de consistência moderada, pois se caracteriza pela atitude de indecisão, mediante as implicações da mudança e motiva o indivíduo a buscar informações adicionais sobre a inovação proposta. Já no fator conclusão a maioria dos respondentes apontou como comportamentos

finais a aceitação, enquanto que um número menor de respondentes apresentou comportamento de indecisão em relação ao processo de mudança, significando a dificuldade de avaliar se a mudança é boa ou ruim.

Em relação ao fator moderadores individuais, identificou-se que os respondentes não reconheceram a ameaça ao convívio social com a implantação da tecnologia de Classificação de Risco e, além disso, manifestaram uma possível dificuldade de reconhecer que a mudança levaria a maior eficiência no atendimento ao usuário. No que diz respeito aos moderadores situacionais, os respondentes não acreditam que exista uma tendência de inércia do grupo. Também, houve discordância dos participantes em relação ao fato de que experiências anteriores de mudanças mal-sucedidas levaram os indivíduos à descrença sobre o êxito de implementação de mudanças futuras.

O enfermeiro que atua na triagem é um protagonista no acolhimento com classificação de risco de Manchester. Diante desta realidade, é imprescindível que este profissional reflita sobre o desafio de utilizar a ferramenta tecnológica capaz de aprimorar, beneficiar e garantir a eficácia e resolutividade operacional para a assistência de maneira dinâmica e habilidosa. É preciso pensar que o processo de triagem com classificação de risco se consolida como uma reorganização do trabalho coletivo de equipe e se torne um processo de inovação e mudança para acolher o usuário.

Sendo assim, pode-se afirmar que a implantação da tecnologia e a utilização dos protocolos deverão ser discutidas, de forma a buscar a capacitação e a reflexão contínua, com a intenção de auxiliar e incentivar a padronização de condutas dos profissionais enfermeiros e possíveis planejamentos de ações que visem ao aumento da satisfação dos trabalhadores de saúde e dos usuários.

O desafio está em adquirir competência profissional capaz de envolver conhecimento interdisciplinar e a habilidade técnica para transformar informação em recurso estratégico,

com intuito de ampliar o campo de atuação e adaptar-se ao novo paradigma que o mercado de trabalho impõe e ser multiplicadores de conhecimento.

Desta forma, faz-se necessário compreender o potencial transformador das novas tecnologias e a adoção da estratégia de sua implementação em outras organizações. Há que se sugerir, mediante os dados obtidos neste estudo, que o processo de capacitação dos profissionais envolvidos tenha planejamento criterioso e delineado, uma vez que estes poderão apresentar reflexos na qualidade da manipulação da ferramenta operacional e na competência dos profissionais para a realização da triagem utilizando a TI. Recomenda-se também a realização de novos estudos em outros hospitais públicos no sentido de analisar as contribuições efetivas oferecidas pelas empresas responsáveis pelo desenvolvimento de TI e seu papel estratégico na instituição, pois oportuniza meios para gerir de forma eficiente e eficaz a organização hospitalar.

REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ALMEIDA, G. Wildberger, MELLO, R. Coutinho, Uso de Novas Tecnologias de Informação por Profissionais da Área da Saúde na Bahia. **Revista de Administração Contemporânea**, v.8, n. 3, jul./set. 2004.

ALVES, M. **Causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho**. 1996. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ANDRADE, L. Caribe Cincurá. **Inovação gerencial no setor saúde: um estudo sobre a aplicação do balanced scorecard em um hospital privado situado em São Paulo – SP**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

AYRES, K. V. Tecno-stress: um estudo em operadores de caixa de supermercado. In: Encontro Nacional de Programas de Pós-Graduação - ENANPAD, 24, 2000,

Florianópolis. 2000. **Anais ...** Brasília: ANPAD, 2000.

BERNARDO, C. Gonçalves. **A resistência a mudanças em uma organização**: uma análise à luz do processo controle integrado de mudanças do pmbok3. 2005. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.unibero.edu.br/download/revistaeletronica/Set05_Artigos/INFO_PROF%20CLAUDIO_OK.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Resolução 1529/98. **Normatização do Atendimento pré-hospitalar**. Brasília, DF. 1998

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 50**, de 14 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT_VERSION&id=11946. Acesso em: 25 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**: portaria n. 2048. Brasília: GM/MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humanizasis Acolhimento com classificação de risco: um paradigma ético no fazer em saúde**. Brasília, 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001**. [on line]. Brasília; 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 nov. 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciências e Saúde coletiva**, v.12, n.4, 2007, p. 849 - 859.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra. **Sistema de informação e o cotidiano de trabalho de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva de um hospital privado de Belo Horizonte**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CECILIO, L.C. de Oliveira. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, 1999, p. 315-329.

CERQUEIRA, P. A. Bittencourt; MAC-ALLISTER, Mônica, O Alinhamento entre as Estratégias da Organização Hospitalar e as Estratégias da Tecnologia da Informação. In: ANPAD – Enanpad, 2005. **Anais...** 2005.

CHAVES, Rosana C.; MARQUES, Antônio L.; DIAS, Alexandre T. Validando um instrumento de medida de resistência à mudança. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 30, Salvador, 2006. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1451**. Urgência, Emergência e Pronto Atendimento. 1995.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. **Parecer Técnico nº10**, de 22 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre a participação do enfermeiro na triagem de pacientes sem a presença de médicos especialistas. Belo Horizonte, MG, 22 fev. 2007. Disponível em: < <http://www.coren-mg.org.br/gerencial1007> Acesso em: 15 dez. 2009.

COSTA, N. Rosário, RIBEIRO, J Mendes, SILVA, P.L. Barros. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, 2000. p. 427 - 442.

DESLANDES, Suely F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios**. Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional De Saúde Pública. Departamento De Ciências Sociais. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DUQUE, W. Stel; MACHADO, M. do Vale; PELISSARI, A. Soncini. **Resistência à mudança tecnológica: Uma análise de influências nas instâncias de clima, cultura e poder de uma empresa de importação Espírito-Santense**. SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2007. Disponível em http://www.fucape.br/_admin/upload/prod_cientifica/322-%20Resistencia%20a%20Mudanca.pdf. Acesso em: 10 jul. 2009.

GATTI, M.F. Zorzi. Triagem de enfermagem em serviço de emergência. Centro de Estudos e Pesquisa. **Boletim científico do Hospital Samaritano**, São Paulo, v. 5, 2003.

GOMES, Cristina Filipa Pinheiro. **Contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência: satisfação do utente**. 2008. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima, 2008.

GRUPO ALERT BRASIL. **Press à Porter**. 2008. Disponível em: http://www.pressaporter.com.br/pressaporter/show.aspx?id_materia=8896. Acesso em: 30 out. 2009.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Implantação da Classificação de Risco no HPS**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://gbacr.com.br/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1. Acesso em: 28 set. 2008.

GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM. **Triagem no serviço de urgência**. Manual do formando. 2. ed. BMJ, 2002.

HERNANDEZ, José M C; CALDAS, Miguel P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 2, abr./jun. 2001.

MACHADO, S.C.E.P. et al. Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência. **Relato de experiência. Hospital das Clínicas de Porto Alegre**. 2005. Disponível em: http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=103. Acesso em: 08 out. 2008.

MAGALHÃES JR, Helvécio et al. **Sistema único de saúde em Belo Horizonte** – Reescrevendo o público. 1 ed. São Paulo: Xamã V M editora, 1998.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MARQUES, A. J. de Souza et al.(Org.). MINAS GERAIS, Secretaria de Saúde do Estado – **Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2009.

MOTTA, P. R. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

MOURA, G. Garcia. **Comportamentos de Resistência à mudança da média gerência diante da implantação da NBR ISO 9000**. 2002. 144f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NACIMBENE, F. A.; ALMEIDA, R. G.; DUARTE, S. H. G. Inserção do assistente social na equipe do acolhimento com classificação de risco. In: ARAÚJO, G. Ferreira; RATES, S. M. Moreira. **Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. Belo Horizonte: Sigma Editora, 2008.

NOVAES HM, PAGANINI JM. **Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe**. Brasília:OPAS/OMS; 2002.

PANTOJA M. Júlia; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo. Contribuições teóricas e metodológicas da abordagem multinível para o estudo da aprendizagem e sua transferência nas organizações. **Revista de Administração Contemporânea**, v.8, n.4, Curitiba, oct./dec. 2004.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale – CTAS**. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

QUEIROZ, A. Carolina S.; MOREIRA, D. Augusto. Novas tecnologias e confiança nas organizações: um estudo de caso no contexto hospitalar. **Revista de Negócios**, Blumenau. v. 12, n. 1, jan./mar. 2007.

ROBERTS, K; GARBOWSKY, M. Organizations, technology and structing. In: CLEGG, S. H. C.; NORD, W. (Orgs.). **Handbook of organization studies**. Londres: Sege Publications, 1996.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, 2002.

SHIROMA, L. Mara Brito. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS – um desafio para enfermeiros/as**. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SPSS for Windows: **Novas funcionalidades**. São Paulo: SPSS, 2007. Disponível em: <www.spss.com.br>. Acesso em: 25 mar. 2009.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

TRIOLA, M.F. **Introdução à Estatística**. 7 ed. Rio de Janeiro: LTC Editora. 1998.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. São Paulo: Artmed, 2005.