

**FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

Programa de Pós-graduação em Administração

Mestrado

**A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA:**

**implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto  
atendimento de um hospital público de urgência e emergência**

Maria de Lourdes Ulhôa

**Belo Horizonte  
2010**

**Maria de Lourdes Ulhôa**

**A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA:  
implicação na eficiência do trabalho na unidade de pronto  
atendimento de um hospital público de urgência e emergência**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia

Área de Concentração: Organização e estratégia

Linha de Pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica das Organizações.

**Belo Horizonte  
2010**

U38i

Ulhôa, Maria de Lourdes

A implantação de nova tecnologia: sua implicação na eficiência de um hospital público de urgência e emergência / Maria de Lourdes Ulhôa. – Belo Horizonte: FNH, 2010.  
*138 f.*

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Fernando Coutinho Garcia  
Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes,  
Programa de Pós-graduação em Administração

1. Tecnologia da informação. 2. Sistemas de informação.  
3. Hospital Municipal Odilon Behrens. I. Garcia, Fernando  
Coutinho. II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-  
graduação em Administração. III. Título

CDD: 658.4038011

A Deus, que me ensinou a ter sabedoria e escolher ser feliz, agradeço sempre todos os dias.

A meus queridos pais, Odilon e Conceição, que, com simplicidade, me ensinaram a lutar e a viver dignamente e que continuam me ensinando sobre a vida, pelo amor sincero oferecido sempre.

A Tina, minha companheira, parceira e amiga, por estar sempre ao meu lado. Com você dividi as alegrias de explorar as descobertas e as angústias do processo de dissertação e com você venho compartilhando cotidianamente as minhas escolhas e as minhas conquistas em todas as horas. Agradeço-lhe a compreensão do tempo roubado e, acima de tudo, o amor e o carinho que sempre me dedicou.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao mestre Fernando Coutinho Garcia, por aceitar o desafio de orientar uma dissertação na fronteira entre a Administração e a Enfermagem; por me estimular a explorar minha curiosidade intelectual; por envolver-me e fazer-me submergir nas ondas do conhecimento; e por ensinar-me a sair da miopia instrumental da educação. O meu carinho especial por esta travessia realizada em conjunto.

Aos colegas e parceiros da Enfermagem da classificação de risco do HOB que cederam um tempo de atenção para realização deste trabalho, agradeço imensamente.

Aos professores Kely, Marlene Catarina, Talita e Alexandre, da Faculdade Novos Horizontes, pela sucessão rápida de informações científicas e pelos esclarecimentos que muito contribuíram para a execução deste trabalho.

Aos professores Luiz Honório e Cristiana, da Faculdade Novos Horizontes, sempre dispostos a ajudar, pela abertura e pelos os ensinamentos enriquecedores deste trabalho.

À professora Matilde Cadete, da Faculdade Estácio de Sá, profissional e amiga, pela acolhida, compartilhamento de ideias e sugestões enriquecedoras.

A Daniela, Pedro, Cristiane, Nayara, Liliane, Heloísa, Marcela, Rafael e Fifi, queridos colegas de trabalho, amigos com quem venho partilhando intensa história profissional; por compreenderem e tornarem o trabalho mais suave nesse momento de construção da dissertação, por nossa convivência intensa e, principalmente, por fazerem parte da minha vida.

À minha irmã Sandra, com quem tenho tanta afinidade e amor, por todo o seu carinho nas horas difíceis, pela ajuda nesse longo percurso de realização deste trabalho. A você, dedico a minha eterna amizade e gratidão pela nossa bela caminhada fraterna.

Ao meu cunhado Zé Edécio e aos meus sobrinhos Edilar, Cynthia, que sempre se alegraram com as minhas conquistas e torceram pelo meu êxito. A vocês o meu agradecimento sincero, apaixonado e carinhoso. Também, a Enrico, que veio ao meu mundo só para trazer alegria e esperança para minha vida.

À minha irmã Eliana, a Zezé e aos sobrinhos Sávio, Flávia e Marcus, que tanto amo, de coração e amizade, por todo o apoio e incentivo para que eu pudesse trilhar novos caminhos nessa minha jornada de vida.

A Lídia, Marcelo, Claudinho, Celinho, Carla, Marisa, Edu e Clausi, amigos de tantos anos, que sempre me acompanharam, proporcionando-me, sobretudo, sua amizade.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram, pelo comprometimento e pela atenção dedicada à realização desta pesquisa.

*Não busques a vaidade de ser melhor que os outros. Contenta-te com a tarefa gloriosa de tentares ser melhor que és. Que tu não sejas o teu limite de crescimento, mas o teu grande questionamento, o teu grande interrogador.*

(Henfil)

## RESUMO

Esta investigação teve por objetivo analisar o processo de implantação do sistema ALERT® Manchester de Classificação de Risco no atendimento prestado no setor de triagem do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte, tendo em vista a percepção do enfermeiro quanto aos objetivos propostos pela tecnologia. O 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 Hospital Municipal Odilon Behrens na visão dos enfermeiros usuários dessa 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). A população deste estudo compõe-se dos 30 profissionais enfermeiros que atuam na Classificação de Risco na unidade de urgência e emergência e que utilizam diretamente a tecnologia investigada como ferramenta operacional de trabalho. Os resultados apontam que, em relação ao fator inovação, fontes de informações sobre a mudança a que os enfermeiros tiveram acesso foram de origem formal e informal e que em alguns casos foram consideradas insuficientes pelos respondentes. Quanto ao fator resposta inicial, a percepção dos respondentes apresentou-se como sendo de consistência moderada o que motiva o indivíduo a buscar informações adicionais sobre a inovação proposta. Quanto ao no fator conclusão, a maioria apontou como comportamento final a aceitação, enquanto que um número menor de respondentes apresentou comportamento de indecisão em relação ao processo de mudança. Quanto aos moderadores individuais identificou-se que eles 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 à maior eficiência no atendimento ao usuário. No que diz respeito aos moderadores situacionais, os respondentes acreditam que não há uma tendência de inércia do grupo e, além disso, discordam que experiências anteriores de mudanças malsucedidas levaram os indivíduos à descrença sobre o êxito de implementação de mudanças futuras. Nesse sentido, mediante os dados obtidos nesta pesquisa, faz-se necessário a compreender o potencial transformador das novas tecnologias, bem como a adoção da estratégia de sua implementação em outras organizações. Sugere-se 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 Tecnologia de Informação. A partir daí, poderá haver a qualificação do ato de exercer e organizar o processo de trabalho, o que confere ao enfermeiro o respaldo ético-legal e, conseqüentemente, possibilita oferecer um acolhimento de qualidade aos usuários dos serviços de urgência e emergência que utilizam o Protocolo de Manchester (Triagem e Classificação de Risco) 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. The study is justified considering that it is a costly investment in technology to improve the efficiency of the hospital regarding the organization of the "front door" of emergency care hospitals. Until now, there are no studies evaluating the implantation process of ALERT® Manchester System at the Risk Classification department of this hospital in sight of the users of this technology: the nurses. This is a descriptive case study of quantitative nature, which used as tool for data collection a scale of technological innovation validated by Chaves, Marques and Dias (2006). The study population consists of 30 nurses working in the Risk Classification room of this hospital, and directly uses the technology being researched as an operational work tool. About the innovation factor, the results indicate that the information about the 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. It is suggested that the process of professional training to be carefully planned and designed, since they may have consequences for the manipulation quality of the operational tool and for the professionals competence to carry out the triage using the Information Technology. From this on, there may be a qualification of the act to provide and organize the work, which gives nurses the support ethical-legal and, therefore, it will be possible to offer quality care giving to users of emergency services that uses Manchester Protocol (Triage and Risk Classification) as a working tool.

**Keywords:** Information Technology. Nursing. Risk Classification. Organizational Change.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACHS – Australian Council on Health Care Standards  
ATS – Australasian Triage Scale  
CFM – Conselho Nacional de Medicina  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
COREN – Conselho regional de Enfermagem  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CTAS – Canadian Triage Acuity Scale  
ENA – Emergency Nurses Association  
ESI – Emergency Severity Index  
GPT – Grupo Português de Triagem  
GBACR – Grupo Brasileiro de Avaliação e Classificação de Risco  
HOB – Hospital Municipal Odilon Behrens  
MST – Manchester Triage System  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
PHTLS – Basic and Advanced Prehospital Trauma Life Support  
PNH – Política Nacional de Humanização  
QualiSUS – Qualificação de Gestão do SUS  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
SIS – Sistema de Informação de Saúde  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TI – Tecnologia de informação  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
UPAS – Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de recepção do usuário .....	17
Figura 2 – Atitudes e conceitos presentes no acolhimento .....	42
Figura 3 – Fluxograma orientador na Emergency Severity Index (ESI®).....	47

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das urgências, segundo o Ministério da Saúde.....	39
Quadro 2 – Descrição da escala ATS®, segundo as categorias descrição e tempo estimado de avaliação.....	49
Quadro 3 – Níveis de classificação estabelecidos pela “Canadian Triage Acuity Scale” CTAS®.....	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de hospitais segundo natureza em Belo Horizonte.....	30
Tabela 2 – Relação entre a classificação cor da tarjeta e tempo médio para atendimento.....	51
Tabela 3 – Construtos da Escala de Inovação Tecnológica.....	79
Tabela 4 – Tempo de utilização da classificação de risco.....	87
Tabela 5 – Distribuição do tempo de vínculo empregatício.....	87
Tabela 6 – Caracterização da amostra, total segundo os fatores da resistência à mudança.....	90
Tabela 7 – Avaliação dos escores referentes aos fatores da resistência à mudança .....	91
Tabela 8 – Caracterização da amostra total segundo o fator inovação.....	92
Tabela 9 – Caracterização da amostra total segundo o fator resposta inicial .....	95
Tabela 10 – Caracterização da amostra total segundo o fator conclusão.....	96
Tabela 11 – Caracterização da amostra total segundo o fator moderadores individual. ....	98
Tabela 12 – Caracterização da amostra total segundo o fator moderadores situacionais.....	100

Tabela 13 – Avaliação dos escores referentes aos fatores de resistência à mudança por gênero.....	102
Tabela 14 – Níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias da faixa etária. ....	103
Tabela 15 – Níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias da escolaridade.....	103
Tabela 16 – Níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias do tempo de treinamento adequado. ....	105
Tabela 17 – Níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias do tempo de uso do sistema ALERT®.....	106
Tabela 18 – Avaliação dos escores referentes aos indicadores de resistência à mudança por treinamento adequado.....	107
Tabela 19 – Níveis médio dos indicadores de resistência à mudança entre as duas categorias da faixa etária. ....	108
Tabela 20 – Níveis médio dos indicadores de resistência à mudança entre as duas categorias da escolaridade.....	109
Tabela 21 – Correlação entre o fator inovação e os fatores de resistência à mudança .....	110
Tabela 22 – Correlação entre o fator resposta inicial e os fatores de resistência à mudança.....	111
Tabela 23 – Correlação entre o fator conclusão e os fatores de resistência à mudança.....	111
Tabela 24 – Correlação entre o fator moderados individuais e os fatores de resistência à mudança .....	112
Tabela 25 – Correlação entre o fator moderadores situacionais e os fatores de resistência à mudança .....	112

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
1.1 Tema de pesquisa .....	13
1.2 Problema de pesquisa .....	22
1.3 Objetivos .....	22
1.3.1 Objetivo geral .....	22
1.3.2 Objetivos específicos.....	22
1.4 Justificativa.....	23
1.5 Estrutura da dissertação.....	24
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>26</b>
2.1 Demanda da Urgência e emergência e sua organização.....	26
2.1.1 Gestão hospitalar pública e os atendimentos de urgência e emergência .....	31
2.1.2 Caracterização e conceituação das urgências e emergências.....	37
2.2 Acolhimento com classificação de risco como estratégia de humanização da assistência na urgência e emergência .....	40
2.2.1 A triagem na classificação de risco e o profissional enfermeiro .....	43
2.2.2 Métodos de triagem como dispositivo de classificação de risco em saúde .....	46
2.3 Tecnologia de informação como ferramenta operacional no contexto hospitalar.....	53
2.3.1 A implicação da tecnologia de informação no setor saúde.....	59
2.4 Inovação tecnológica nos serviços.....	63
2.5 Manifestações de resistência à mudança.....	68
2.5.1 Comportamento de resistência à mudança .....	71
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>74</b>
3.1 Tipo e método da pesquisa .....	75
3.2 Unidade de análise e de observação .....	76
3.3 População .....	76
3.4 Plano de coleta de dados.....	77
3.5 Tratamento e análise de dados .....	81
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>83</b>
4.1. Análise descritiva das variáveis demográficas e ocupacionais .....	83
4.2 Medidas de resistência à mudança .....	89
4.3 Análise bivariada .....	102
4.3.1 Fatores de resistência à mudança .....	102
4.3.2 Indicadores de resistência à mudança .....	107
4.3.3 Análise de correlação entre os fatores.....	110
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>114</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>118</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>128</b>
Apêndice A – Escala Sócio-Demográfica .....	128
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	129

Apêndice C – Termo de consentimento pós-informado .....	130
Apêndice D – Convite aos participantes da pesquisa .....	131
Apêndice E – Escala de Inovação Tecnológica.....	132
<b>ANEXOS .....</b>	<b>135</b>
Anexo A – Termo de Compromisso de Cumprimento dos Termos da Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde – Servidor Responsável .....	135
Anexo B – Termo de Compromisso de Cumprimento dos Termos da Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde - Pesquisador Responsável .....	136
Anexo C – Termo de Responsabilidade do Profissional do HOB, que Acompanhará a Pesquisa na Unidade Onde Será Realizada .....	137
ANEXO D – Escala de Inovação Tecnológica.....	138
Operacionalização das dimensões na “Escala de Inovação Tecnológica” .....	138

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Tema de pesquisa

A Constituição brasileira declara em seu art. 196 que a “saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 133). Tendo em vista essa determinação, foi criado, pela Lei Orgânica 8080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Constituído pelo conjunto das ações e dos serviços vinculados à gestão pública, o SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas. Atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera do governo. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem a Saúde, a Previdência e a Assistência Social (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS, 2007).

Em uma organização hospitalar pública estão inseridos vários profissionais, que possuem elevado grau de conhecimento e autonomia, necessários para consolidar uma assistência à saúde de caráter preventivo, curativo e de reabilitação a pessoas com perda momentânea do seu estado de saúde. Nota-se que nesse serviço há uma incrementação cada vez maior de tecnologias, aumentando gradativamente o grau de satisfação e apoio dos profissionais de saúde (AZEVEDO, 1993).

Merhy (1998) reconhece que o modelo assistencial que opera os serviços hospitalares é organizado segundo uma ótica hegemônica. São forças sociais que têm interesses, e os disputam com as outras forças que estão definindo as conformações tecnológicas. A missão dos serviços hospitalares e os desenhos tecnológicos são dados a partir dos interesses sociais, que são poderosos e legítimos.

Os hospitais estão incluídos no rol das mais importantes organizações da sociedade

atual (ALVES, 1996). A autora destaca que sua missão destina-se à prestação de serviços de saúde e acompanha gradativamente as transformações políticas, sociais e culturais. No entanto, as mudanças que ocorrem mediante as necessidades do contexto externo e interno hospitalar podem ser susceptíveis a tendências que cada época possui e especificidades como tratamentos personalizados de assistência, trabalho diversificado e interdependente entre os setores (ALVES, 2008).

Em se tratando da assistência às urgências, existem predominantemente nas unidades que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros –, estando estes adequadamente estruturados, equipados ou não. Com funcionamento nas 24 horas do dia, esses serviços acabam por ser “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes portadores de quadros de urgência propriamente dita, pacientes que percebem o quadro como urgência, pacientes “desgarrados” da atenção primária e especializada e as urgências sociais (BRASIL, 2004). *Porta de entrada* dos serviços de saúde é o termo utilizado para definir o meio de acesso dos usuários aos serviços (COSTA, RIBEIRO e SILVA, 2000).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), pela Resolução 1451/95, define como URGÊNCIA “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” e 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”. Neste enfoque, o balizamento é dado pela irreversibilidade da morte ou de uma condição de dano permanente à saúde.

A urgência qualifica um estado de atendimento prioritário a um paciente em detrimento de outros, devido a um apresentar uma afecção que evolui ou tem o risco de evoluir rapidamente 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).

Portanto, 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).

Azevedo (1993) afirma que, muitas vezes, o serviço de urgência é utilizado para suprir a carência de outros recursos assistenciais. Deslandes (2000) comenta que a chamada “invasão de demanda ambulatorial” é, provavelmente, problema comum a todos os hospitais de emergência do País. Há décadas, tem havido um crescimento significativo da utilização dos serviços de emergência, cujo maior afluxo tem sido o de pacientes com demandas não urgentes (DESLANDES, 2000).

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).

Conforme mencionam Novaes e Paganini (2002), os serviços de urgência e emergência têm como desafio prestar uma assistência com qualidade em um ambiente geralmente estressante e tumultuado. 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 e PAGANINI, 2002).

Esses mesmos autores ainda mencionam que a tomada de decisões deve estar intimamente ligada à prática clínica dos profissionais de saúde. Para que essa prática seja construída de forma consistente, exige-se do seu pessoal embasamento intuitivo, raciocínio, aptidões profissionais e conhecimentos científicos.

Percebe-se que critérios intrínsecos ocorrem frequentemente no estabelecimento de prioridade com base na gravidade dos casos e considerando-se o natural

deslocamento das equipes em direção aos pacientes com risco de morte. Também, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas devido ao fato de serem percebidas como emergências tanto para o paciente quanto para a equipe. Isso confere aos serviços de emergências um tempo de espera prolongado para o atendimento da maioria dos pacientes, que ocupam salas de espera sempre lotadas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS, 2006).

A consequência principal desse comportamento para o usuário é o comprometimento da qualidade da assistência prestada. Essa realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais desses serviços, como a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada, sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes (BRASIL, 2002).

Na medida em que buscam os serviços de urgência e emergência, os usuários esperam receber um atendimento “ideal”: rápido, eficiente e eficaz. Por ser uma das áreas mais críticas e congestionadas de um hospital, na qual situações inesperadas ocorrem rotineiramente, justifica-se a necessidade de priorizar o tipo de atendimento ao usuário (DESLANDES, 2000).

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 de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos pronto socorros (BRASIL, 2004).

Em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, o Ministério da Saúde tem contribuído decididamente para a reversão desse quadro, amplamente desfavorável à assistência da população. Diversas medidas já foram adotadas, dentre as quais se podem destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e

adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, investimentos estão sendo feitos na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação e capacitação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde 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 e MASSARO, 2004). Nesta mesma época, foi lançado o Programa de Qualificação da Gestão no SUS (QualiSUS), que trouxe o investimento necessário às modificações tecnológicas e de ambiência e estrutura para a efetiva implementação da ferramenta de classificação de risco nos serviços de urgência.

O acolhimento resulta, então, na complementação dos saberes e práticas específicos e comuns das diversas categorias profissionais (MERHY; ONOCKO, 2002). Conforme orientação do Ministério da Saúde, a tecnologia de 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).

O acolhimento consiste em uma etapa do processo de trabalho que representa o momento de recepção do usuário e as possibilidades de resposta, conforme mostra a FIG. 1 (MERHY; ONOCKO, 2002):

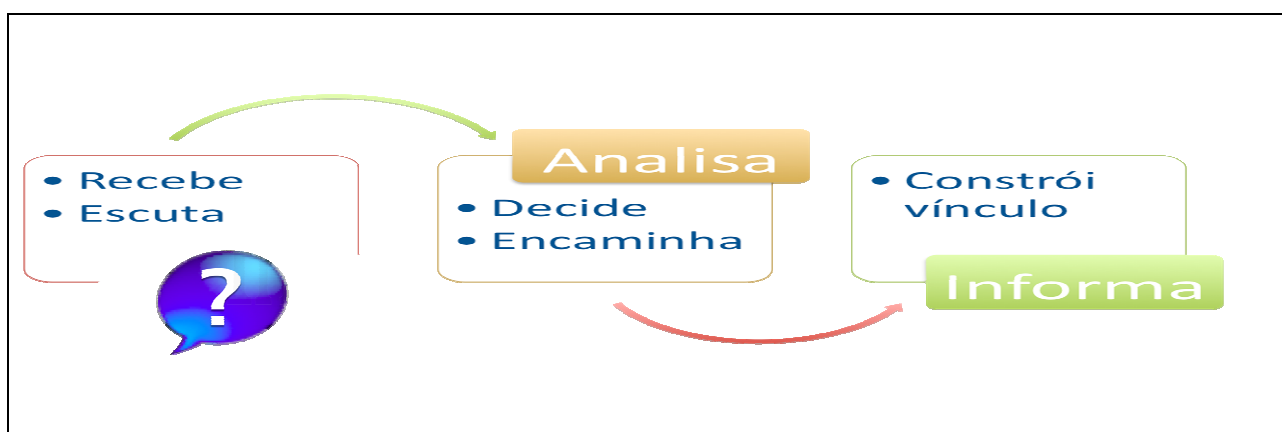


Figura 1 – Processo de recepção do usuário  
Fonte: Merhy; Onocko (2002):

Assim, toda a equipe de atendimento se insere na resolução do problema, valorizando saberes já existentes, criando práticas e potencializando a capacidade de resposta e intervenção (MERHY; ONOCKO, 2002).

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). *Triagem*, na língua portuguesa, significa “escolha”, “seleção”. 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 (PIRES, 2003).

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. Então, o profissional enfermeiro do serviço de emergência, embasado nos dados clínicos, em informações objetivas e na vivência profissional, avalia qual paciente necessita de atendimento e qual pode esperar (PIRES, 2003). Dessa forma, prioriza o atendimento a pacientes graves e presta assistência com segurança (MACHADO, 2005).

O enfermeiro é o profissional qualificado para exercer a tarefa da triagem. É garantido ao enfermeiro, pela Resolução do COFEN 271/2002, arts. 1º ao 6º, a realização de diagnóstico e a solução de problemas detectados, integrando às ações de enfermagem as ações multiprofissionais. Ao enfermeiro garantem-se a realização de consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Dessa forma, a triagem envolve duas funções deste profissional: consulta de enfermagem, com o objetivo de conhecer e intervir sobre os problemas e as situações de saúde e/ou doença; e autonomia para a escolha e prescrição de medicamentos e respectiva posologia. Responde o profissional por todos os atos praticados no exercício dessas atividades. O enfermeiro tem sido o profissional indicado para classificar o risco dos pacientes que procuram os serviços de urgência. De acordo com o Parecer 010/2007 do COREN-MG, a classificação de risco deve ser feita por

profissionais com nível de formação superior que estejam devidamente treinados e que estejam subsidiados pela existência de protocolos técnicos, além da definição clara e prévia de suas competências.

Diante de toda a complexidade no atendimento da unidade de Urgência/Emergência, o Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB)<sup>1</sup>, que se constitui 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 seu Pronto-Socorro, em 2005, seguindo diretrizes da Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde. Após a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco, o HOB realizou uma média mensal de 4500 pacientes classificados no período de setembro de 2005 a setembro de 2008, perfazendo uma média de 150 pacientes/dia (RIBEIRO, 2008).

Naquela época, a classificação de risco utilizava um protocolo manual, construído por profissionais do HOB e baseado em experiências relatadas na literatura disponível e em outros hospitais do País (RIBEIRO, 2008). O processo de tomada de decisão guiado pelo protocolo manual levava em conta, além da mensuração de dados objetivos, como sinais vitais, escala de dor, escala de coma de Glasgow e a impressão clínica, a experiência do enfermeiro que avalia.

Em 2009, em pesquisa realizada nesse hospital por Toledo, os resultados apontaram para uma “tendência dos enfermeiros em classificar os usuários com graus de risco de menor gravidade que o estabelecido no protocolo institucional” (p. 99) e, ainda, que em alguns casos “foi observada uma tendência de superestimação do risco” (p. 99). Esse quadro levou a uma situação de sobredemanda no Pronto Socorro, pelo aumento do número de atendimentos para pacientes que efetivamente apresentavam pouca ou nenhuma urgência.

O estudo sugere também a necessidade de implementar educação continuada para os profissionais enfermeiros daquele setor no que se refere às “avaliações clínicas pautadas no protocolo institucional estabelecido com vistas à melhoria dos registros

---

<sup>1</sup> Relatório de Gestão 2003-2007: **Conquistas e Desafios**. Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte, 2008.

e, conseqüentemente, da acurácia dos mesmos” (TOLEDO, 2009, p. 1).

A implantação de um sistema mais avançado em tecnologia surgiu 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 acreditado pelo Ministério da Saúde, pela Ordem dos Médicos e pela Ordem dos Enfermeiros. Este sistema de classificação estabelece a prioridade no atendimento em função da maior ou menor gravidade da sua situação clínica (GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM, 2002).

Neste sentido, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais iniciou em 2007 um processo de investigação para a busca da solução otimizada que efetivasse resposta para o problema instalado – ou seja, melhoria dos atendimentos das urgências. 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).

Já instalada em países da Europa, Ásia e América do Norte, essa tecnologia permite a introdução da informação clínica do paciente com consulta aos dados em tempo real e possibilita a informatização dos processos internos da instituição, a interação entre as equipes de profissionais da saúde e a acessibilidade aos diferentes intervenientes no processo (GRUPO ALERT BRASIL, 2008).

Sob a ótica de um protocolo preestabelecido, esse módulo, além da Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise realizada por profissional enfermeiro, que avalia o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade, e não na ordem de chegada (BRASIL, 1998).

Com a implantação da tecnologia ALERT®, inédita no Brasil, diversos módulos de gestão clínica podem ser adotados e customizados, sendo que o de Classificação de Risco contém o protocolo de Manchester totalmente informatizado, capaz de monitorizar a rede de urgência/emergência, classificando a gravidade dos doentes por uma escala de cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul). O uso deste módulo do software é uma solução operacional para todos os ambientes de prestação de cuidado à saúde, com a capacidade de produzir ambientes clínicos totalmente sem papel, além de realizar uma triagem dos pacientes que necessitam efetivamente de um pronto socorro, o que foge do tradicional modelo classificado pela ordem de chegada (GRUPO ALERT BRASIL, 2008).

Outro aspecto do sistema ALERT® é o fato de controlar o acesso à informação clínica por meio da identificação biométrica dos usuários (impressão digital) e de identificar os pacientes por meio de fotografia digital e códigos de barra em pulseiras, permitindo um acompanhamento do atendimento aos beneficiários do serviço (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. Espera também alcançar a racionalização quanto à acessibilidade e aos fluxos internos, o aumento da resolutividade dos serviços e a satisfação do usuário e da equipe de saúde, agregando melhorias no processo clínico e aumentando a qualidade do atendimento (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 tornar-se como ponto de partida pesquisar se essa nova tecnologia influenciou na organização do serviço de um hospital de urgência.

## **1.2 Problema de pesquisa**

Em face dos argumentos delineados, pergunta-se:

**Na percepção dos profissionais enfermeiros, quais foram os reflexos na implantação de nova tecnologia na unidade de pronto atendimento em um hospital de urgência e emergência?**

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo geral**

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

### **1.3.2 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 a 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 a luz do modelo de Chaves, Marques e Dias (2006).

#### **1.4 Justificativa**

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 desta tecnologia, propiciando subsídios para o monitoramento, acompanhamento e direcionamento de estratégias para aprimorar e otimizar a utilização da nova tecnologia de Classificação de Risco.

Não obstante, a literatura atual sobre a temática do uso de tecnologias para Classificação de Risco é escassa de publicações e referenciais teóricos, havendo poucos estudos que possam enriquecer e contribuir para a ampliação do conhecimento a respeito do fenômeno neste campo de investigação. Como software inovador no Brasil para a gestão dos processos clínicos, ainda são incipientes os estudos sobre o sistema ALERT®, o que ressalta a importância de explorar mais este campo do conhecimento, principalmente para as organizações hospitalares e

de tecnologia de informação.

Do ponto de vista organizacional, o estudo disponibilizará à instituição de saúde pesquisada informações que culminarão na avaliação da efetividade do investimento público realizado. A implantação desse sistema inovador leva a pensar em um novo paradigma, centrado no indivíduo, nas ações de saúde, e não na doença, sendo um dos maiores desafios do SUS. Ao hospital, como instituição de assistência à saúde, faz-se necessário assegurar que a organização esteja voltada para maximizar os cuidados e benefícios para com o usuário, principalmente garantindo o acesso compatível com as suas necessidades, minimizando os riscos e utilizando mecanismos que contribuam para a melhoria contínua do serviço prestado à população.

Ressaltam-se a afinidade e o interesse da pesquisadora em aprofundar os estudos nesta área de conhecimento, fruto de sua experiência profissional e acessibilidade como técnica especializada na área de urgência e emergência e servidora pública municipal na instituição a ser pesquisada. Ainda, há o compromisso profissional de investigar as implicações na eficiência das práticas do processo de trabalho de outros profissionais enfermeiros na operacionalização do sistema na classificação de risco.

### **1.5 Estrutura da dissertação**

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, além desta introdução.

O capítulo 2 especifica a fundamentação teórica que norteia esse estudo.

O capítulo 3 descreve os procedimentos metodológicos adotados para a realização deste estudo.

O capítulo 4 contém a apresentação e a análise dos dados.

O capítulo 5 traz o detalhamento da conclusão da pesquisa.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O referencial teórico desenvolvido neste projeto de pesquisa divide-se em:

a) Demanda da urgência e emergência e sua organização, que apresenta abordagens sobre a gestão hospitalar pública e os atendimentos de urgência e emergência, e as urgências e emergências propriamente ditas; b) Acolhimento com Classificação de Risco como estratégia de interferência no processo de trabalho do enfermeiro, com abordagens sobre a triagem e o profissional enfermeiro e os métodos de triagem como dispositivo de classificação de risco em saúde; c) Tecnologia como ferramenta de informação no contexto organizacional hospitalar, incluindo a implicação da tecnologia de informação no contexto hospitalar; d) Inovação tecnológica no contexto hospitalar; e Manifestações de resistências a mudança causadas pela implementação de TI considerando o comportamento humano em relação às mudanças causadas por inovações tecnológicas.

### **2.1 Demanda da Urgência e emergência e sua organização**

A Organização Pan Americana da Saúde (2006) afirma que “a saúde e o bem estar das pessoas ao redor do mundo dependem muito do desempenho dos serviços de saúde”. Ressalta, ainda, que, mesmo com avanços significantes, os países, em sua maioria, ainda utilizam mal os recursos disponíveis.

O Ministério da Saúde tem registrado queda da mortalidade infantil e aumento das mortes por doenças crônico-degenerativas. As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de mortalidade no País, seguidas pelas causas externas, em particular os traumas, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Esse perfil de mortalidade tem gerado o aumento da utilização do hospital como recurso de saúde, pois as doenças crônicas e cardiovasculares necessitam de internações, e as causas externas representam a grande porcentagem dos atendimentos de urgência/emergência (BRASIL, 2001).

Os traumas são causas de morte mais comuns entre as idades de 1 a 44 anos.

Aproximadamente 80% das mortes em adolescentes e 60% na infância são decorrentes de trauma, sendo ainda a sétima causa de óbito no idoso (PHTLS, 2004).

Tacsi e Vendrolusco (2004) mencionam que os serviços de pronto atendimento, sobretudo nos grandes centros urbanos, recebem alta demanda de pacientes e que a necessidade da equipe é trabalhar com rapidez e eficácia para minimizar as situações de risco de vida. Essa forma na utilização do sistema tem gerado alguns problemas nos serviços de atendimento, como os Pronto Socorros, que, principalmente nos centros metropolitanos, encontram-se lotados e com dificuldades para realizar um atendimento com qualidade.

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)”. Esta resolução estabelece também as atividades a serem desenvolvidas:

Nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade):

- Fazer triagem para os atendimentos;
- Prestar atendimento social ao paciente e/ou ao acompanhante;
- Fazer higienização do paciente;
- Realizar procedimentos de enfermagem;
- Realizar atendimento e procedimentos de urgência;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico por 24 horas;
- Manter em observação o paciente por período de até 24 horas;
- Fornecer refeição ao paciente.

Para os casos com risco de vida (emergência) ou sem risco de vida – urgência de alta complexidade –, a resolução propõe que o processo seja iniciado por “prestar o primeiro atendimento ao paciente”, seguido, então, dos itens supracitados (BRASIL, 2002).

Pela Portaria 2.048, de 2002, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, o Ministério da Saúde reconhece que o aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto no SUS e no conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice Anos Potenciais de Vida Perdido (APVP) em relação a acidentes e violências nos últimos anos. Quanto às causas naturais, este dado encontra-se em queda.

Dentre as maiores causas de trauma mencionadas encontram-se os acidentes automobilísticos. Os fatores mais importantes a serem considerados como causas de acidentes são: imprudência dos motoristas, desrespeito à sinalização, excesso de velocidade e uso de álcool, sendo este último responsável por 50% do total dos acidentes de trânsito (BRASIL, 2002).

No Congresso Nacional de Trânsito realizado em agosto de 2006, referenciou que os transtornos relacionados ao uso de álcool são responsáveis por 70% dos acidentes com óbitos no Brasil. São também frequentes em pacientes que são admitidos nos pronto socorros. O uso do álcool está também relacionado a relatos de violência física entre pessoas embriagadas, causando traumatismos, de leves a severos (BRASIL, 2007).

A exposição da população a eventos agudos decorrentes de lesões associadas a causas externas, principalmente traumatismos decorrentes dos acidentes automobilísticos, agressões e ferimentos por armamentos, contribui para a grande demanda dos serviços de emergência. Além disso, o aumento da expectativa de vida e a ausência de assistência médica preventiva, associados à deficiência no fornecimento de medicamentos ou à assistência farmacêutica irregular e à intensificação de doenças infecto-contagiosas, também proporcionam agravamento à saúde e, em nosso meio, contribuem indevidamente para aumentar a sobrecarga dos serviços de emergência (AWADA, 2007).

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).

Nessa realidade assistencial procedeu-se a uma intervenção direta no projeto de urgência e emergência. Em 1994, realizou-se um estudo epidemiológico, nos três principais hospitais públicos de referência para urgência no município: Hospital João XXIII, Central Geral de Pediatria e Hospital Municipal Odilon Behrens. Essa pesquisa mostrou que mais de 75% dos atendimentos desses hospitais poderia ser feito em unidades ambulatoriais, desde que com estrutura mínima de recursos humanos e materiais (MAGALHÃES, 1998). Dessa forma, pode-se não dar atendimento a usuários necessitados de assistência de urgência e atender outros que não deveriam ser atendidos no contexto hospitalar (AWADA, 2007).

Quando ocorre a demanda por atendimentos com necessidade de internação, esta é realizada após a avaliação das possibilidades de atendimento (mapeamento e regulação dos leitos existentes na rede) pela Central de Internação. É emitida uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de acordo com a gravidade e a ordem de chegada das solicitações. Quando localizada a vaga, em toda a rede de assistencial, o paciente (oriundos ou não oriundos da urgência) é encaminhado ao hospital pela unidade solicitante (MAGALHÃES, 1998).

Em maio de 2009, foi sancionada a Portaria 1020, que institui as diretrizes de

implantação do componente pré-hospitalar para a organização de redes locais de atenção integral às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Reguladas também pela Central, as urgências devem ser atendidas todos os dias da semana durante as 24 horas. É necessário que as unidades de atendimento tenham o Acolhimento com Classificação de Risco implantado como processo de organização da porta de entrada, para estabelecer a prioridade do atendimento de acordo com a gravidade clínica. A Portaria 1020 estabelece, ainda, a formação de redes de atendimento, que devem estar articuladas: UPAs Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192), unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e outros serviços de atenção à saúde do sistema local. Os fluxos construídos por esta formação devem ser coerentes e efetivos, com ordenação realizada pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados (BRASIL, 2009).

Conforme apresentado no Plano Municipal de Saúde, 2005 - 2008, no que se refere à atenção hospitalar e de alta complexidade, a rede SUS de Belo Horizonte conta com hospitais públicos, filantrópicos e privados. Os hospitais privados são contratados da Secretaria Municipal de Saúde para prestar serviços em várias especialidades à população deste município. Esta rede contratada soma 51 hospitais e cerca de 400 ambulatórios, nos quais são realizadas consultas e internações, além de exames laboratoriais. A prestação dos serviços é realizada por meio de contrato ou convênio, em conformidade com as normas do SUS, e são monitorados pela Central de Regulação do município.

A TAB. 1 demonstra o quantitativo dos aparelhos hospitalares de assistência no Município.

**Tabela 1 – Distribuição de hospitais segundo natureza em Belo Horizonte**

<b>Tipo de hospital prestador de serviço</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Percentual</b>
Contratado	28	54,9
Estadual	8	15,7
Universitário	7	13,7
Filantrópico	7	13,7
Próprio	1	2,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100</b>

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2005; 2008 p. 42.



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). Sua unidade de Urgência/Emergência é a principal porta de entrada do usuário, constituindo-se em referência para as UPAs e alguns Centros de Saúde, de acordo com a pactuação de urgência/emergência firmada com a Secretaria Municipal de Saúde.

De acordo com o Plano Municipal (2005; 2008), a rede própria SUS-BH de Atenção às Urgências conta com os seguintes serviços de atendimento: UPAs, SAMU e Hospital Municipal Odilon Behrens. Fazem parte da rede contratada o Hospital de Pronto Socorro João XXIII, pertencente à rede estadual, o Hospital de Pronto Socorro Risoleta Tolentino Neves, administrado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Hospital das Clínicas da UFMG.

### **2.1.1 Gestão hospitalar pública e os atendimentos de urgência e emergência**

Entre as características da organização hospitalar, torna-se importante ressaltar 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). Outra abordagem sobre essa questão diz respeito à renovação na gestão dos hospitais públicos, que valoriza o processo de racionalização das práticas médico-hospitalares.

O mecanismo de valorização das práticas visa ao controle dos processos de trabalho no hospital, em particular aqueles referentes ao acesso e à utilização dos seus recursos assistenciais estratégicos; à forte ênfase na protocolização de processos; à informatização da maioria dos processos administrativos e assistenciais; e à adoção de mecanismos de acreditação hospitalar (BERNARDES *et al.*, 2007).

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).

A autora ainda sugere que as mudanças ou as adequações permanentes têm ocorrido principalmente na composição de capital humano mais qualificado para lidar com novas tecnologias, aspectos financeiros e visão de futuro. Alves (2008) analisa essa perspectiva sob o ponto de vista do contraponto entre os grupos existentes na organização hospitalar e justifica-se em face das particularidades deste tipo de organização, com destaque para os modelos de gestão que mesclam o tradicional e o novo em um mesmo ambiente.

Neste contexto, conforme enfatizado por Bernardes *et al.* (2007) enfatiza que a comunicação é também um dos desafios que o hospital ainda precisa vencer. Para compreender melhor seu funcionamento, deve-se atentar para o diferente, o singular, o dissenso e, também, a possibilidade de linhas de fuga, de criação, de protagonismo dos atores. Moura (2002) menciona que uma comunicação interna adequada é essencial para o enfrentamento do processo de mudança institucional, refletindo a diminuição da desconfiança e do grau de ansiedade.

Para Cecílio (2000), é necessário propiciar espaços de agir comunicativo, fundamentais para a construção de uma equipe solidária, com relações horizontalizadas para enfrentar o áspero cotidiano do hospital. O autor ainda comenta que as exigências da comunicação e da informação crescem, muitas vezes, em função das incertezas, diversidades e interdependência no seu fluxo no ambiente de trabalho. Dessa forma, as organizações estabelecem transformações na estruturação de seus processos. O autor comenta ainda que os fundamentos teóricos buscam elucidar a importância da história das organizações hospitalares

públicas e o aumento do nível de conhecimento e domínio de variáveis de mudanças organizacionais (CECILIO, 2000).

Carapinheiro (1993) faz uma análise atenta e minuciosa da organização cotidiana do hospital. Refere-se de modo especial à linha de autoridade, cuja origem está no poder carismático que os médicos detêm pelo fato de possuírem o saber capaz de curar doenças e de salvar vidas e na competência técnica que lhes permite oporem-se e sobrepujar-se às exigências da administração, às exigências decorrentes do trabalho clínico e à defesa dos privilégios profissionais no interior do hospital. 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 e 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.

Nas dimensões culturais e gerenciais estão implícitas propostas de mudanças nas práticas cotidianas de trabalho dos gerentes hospitalares públicos e dos profissionais de saúde, uma vez que introduzirão novas tecnologias organizacionais, com base em alguns princípios enumerados por Davel e Melo (2005), como criatividade, flexibilidade, qualidade e multiplicidade.

Na abordagem cultural estão também presentes – e, muitas vezes, implícitas – a divisão dos gêneros e as formas de manifestação do poder. Na atividade hospitalar, percebe-se que há atividades consideradas tipicamente femininas. Como exemplo podem-se mencionar, além da enfermagem, outras profissões como, nutricionistas,

psicólogas, terapeutas ocupacionais e agentes de serviço social, que congregam um contingente feminino bem maior que o masculino. Então, a maior parte das atividades que prestam assistência a pacientes privilegia o trabalho feminino. Ao contrário, ainda hoje a medicina forma mais médicos homens que mulheres (CAPPELLE *et al.*, 2004).

Nessa discussão, os autores comentam que o gênero deve ser compreendido de forma mais ampliada, como prática que reflete e distribui manifestações de poder e resistência entre os indivíduos e de acordo com os interesses de grupos organizados, ou não, mas que se confrontam no campo das disputas sociais. Assim, em uma organização hospitalar as relações de gênero podem ser percebidas por meio das contradições nas relações de poder entre os agentes sociais. Dessa forma, o poder passa a ter implicações nas ações dos sujeitos que o exercem, repercutindo seus efeitos em manobras tanto técnicas quanto táticas (CAPPELLE *et al.*, 2004).

A sociedade contemporânea vive imediatismos, individualismos, incertezas e falta de perspectiva de futuro. Disso resulta a desconstrução de projetos coletivos, desencadeando a fragmentação da gestão das organizações e limitando os processos de mudança que fortaleçam a dimensão social dos hospitais públicos (AZEVEDO, 2005). Segundo a autora, surge nesse contexto uma nova abordagem na gestão, que, amparada na cultura, na missão, nos valores e nos princípios da instituição, utiliza estratégias para melhorar a coesão e o consenso entre os trabalhadores.

O processo que envolve o planejamento estratégico parece torná-lo um dispositivo para a constituição de processos mais coletivos nos hospitais públicos (AZEVEDO, 2005). Para a autora, o trabalho se molda em função tanto do contexto em que se realiza – pelas políticas de saúde, pelas políticas institucionais e pelas condições gerenciais daí advindas – como das características dos sujeitos, seus valores, experiências, habilidades políticas e técnicas, e seus conhecimentos. A autora comenta ainda que em hospitais públicos com referência de urgência e emergência as experiências gerenciais têm perfil e dinâmica própria: a atividade se realiza ininterruptamente, 24 horas por dia, envolvendo uma assistência, na porta de entrada, que deve ser realizada de forma imediata (AZEVEDO, 2005).

Os serviços de emergência públicos, que recebem uma demanda cada vez maior, acabam por se tornar o foco de contradições sociais, da violência urbana e, particularmente, das dificuldades de construir, na prática, um sistema de saúde que, de fato, garanta acesso ao atendimento (SÁ; AZEVEDO, 2002).

Na doutrina fundadora do sistema público, o hospital é identificado como parte de uma rede de atenção à saúde. Para tal, deve funcionar articulada com outras organizações (centros de saúde, equipes de saúde pública, policlínicas, etc.). A Lei Orgânica 8080, que regulamenta o SUS, prevê que os hospitais devem funcionar integrados a uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços, tendo que pactuar seu papel e sua responsabilidade sanitária com os gestores públicos, mediante a definição de mecanismos de acesso e de relação com outros serviços (CAMPOS e AMARAL, 2007).

É necessário admitir a crise vivida pela rede básica de serviços de saúde pública, que faz chegar aos hospitais de emergência uma demanda absolutamente impossível de ser atendida (AZEVEDO, 2005). Por se configurarem como um cenário múltiplo, os serviços de emergências de instituições hospitalares públicas misturam emergências clínicas, urgências agudas de problemas crônicos, traumas de toda ordem, busca por medicamentos e sofrimento psíquico. Azevedo (2005) destaca que assim é que se retrata uma condição social de completa fragilidade.

Segundo Shiroma (2008), os serviços de emergência e as urgências hospitalares apresentam-se como os locais com possibilidade e perfil para atender às demandas com mais agilidade. Apesar de sempre lotadas, impessoais e atuando por meio da queixa principal, esses locais reúnem recursos como ambulatório para consultas, medicamentos, procedimentos médicos e de enfermagem, exames laboratoriais e de diagnóstico, raios X e internações, se necessário. Esse conjunto de recursos não está disponível com facilidade nas unidades de atenção básica. Daí a busca intencional dos usuários por esses serviços.

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 e 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.

De acordo com Campos e Amaral (2007), o atendimento clínico realizado nas urgências hospitalares apresenta regularidades possíveis de serem identificadas e descritas em manuais, cadeias de cuidado ou protocolos. Assim, torna-se inevitável a construção de uma metodologia organizacional que combine a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas com a necessidade e a possibilidade de adaptação dessas regras gerais às inevitáveis variações presentes em cada caso no atendimento a usuários do SUS. É importante assegurar certo grau de motivação aos trabalhadores e criar um padrão de gestão hospitalar em que a maioria se sinta motivada para dedicar-se à produção em saúde (CAMPOS e AMARAL, 2007).

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).

Gestores da saúde não podem negligenciar o aspecto social dos investimentos tecnológicos na organização. Tal como citado por Fumagalli, Piva e Kato (2007), eles incluem: efeitos sistêmicos, indiretos e prolongados, como a definição de políticas de utilização da TI para a formação de redes; gerenciamento de conflitos entre áreas de trabalho e de pessoas na ocorrência da mudança; complexidade de relacionamentos; e contextos de conhecimento com necessidade de habilidades.

No mundo contemporâneo, a lógica da administração que busca uma produção flexível encontra-se imersa na complexidade do ambiente hospitalar. Há inserção dos processos relacionados à TI como um aspecto natural da evolução organizacional e transformações benéficas tanto para a organização quanto para os trabalhadores. No entanto, a TI como ferramenta utilizada no processo de reestruturação produtiva e organizacional surge também como imposição do mundo (FUMAGALLI, PIVA e KATO, 2007).

### 2.1.2 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 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, freqüentemente, "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).

Para que um evento seja qualificado de urgente, é necessário que seu tempo de resolução seja tão curto que não permita a marcação de uma consulta ou a espera em uma fila (BRASIL, 1998). Para sua compreensão, utiliza-se fórmula de avaliação do grau de urgência:

$$U = \frac{G \cdot A \cdot V}{T} \quad [1]$$

Em que:

**U** = grau de urgência

**G** = gravidade (do caso)

**T** = tempo (para iniciar o tratamento)

**A** = atendimento (dos recursos necessários para o tratamento)

**V** = valor social (que envolve o caso) ou valência

Tendo como base a fórmula apresentada, pode-se dizer que o grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade do caso, aos recursos necessários para atendê-lo e à pressão social presente no atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento (BRASIL, 2006).

"Emergência" descreve uma urgência médica que é muito grave e que tem pressa (G) de atendimento médico, que aponta para a necessidade de um tratamento "intensivo", no qual o tempo para intervenção e resolução é extremamente curto ou



que provoca uma "crise" importante para a sociedade, com alta valência (V) (BRASIL, 1999).

A valência social em um atendimento de urgência pode ser tão grave a ponto de levar à categorização de "catástrofe" ou "desastre sanitário", mesmo que a patologia que lhe é relacionada possa ser nula (BRASIL, 1999). No entanto, este fator necessita, muitas vezes, de um tratamento para acalmar a sociedade em efervescência.

Utilizando-se a fórmula [1] e com o intuito de facilitar a ordenação de prioridades entre os diferentes tipos de urgência, podem-se classificá-las conforme QUADRO 1.

NÍVEIS	DESCRIÇÃO
Nível 1 – Emergência ou Urgência de prioridade absoluta	Casos em que há risco iminente de morrer e/ou existência de risco de perda funcional grave, imediata devendo a equipe multiprofissional intervir imediatamente.
Nível 2 – Urgência de prioridade moderada	Casos em que há a necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas.
Nível 3 – Urgência de prioridade baixa	Há necessidade de uma avaliação médica, mas não há perigo iminente à vida ou perda das funções, podendo aguardar várias horas.
Nível 4 – Urgência de prioridade mínima	O médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientando o uso de medicamentos, cuidados gerais, ou encaminhamentos.

Quadro 1 – Classificação das urgências, segundo o Ministério da Saúde  
Fonte: BRASIL (2006)

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. Caso todas as questões forem resolvidas, a decisão final será pelo serviço que lhe trouxer maior índice de satisfação pessoal ou por melhor reconhecimento público de outros (NACIMBENE, ALMEIDA e DUARTE, 2008). Os autores enfatizam que o crescente número de atendimentos no Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), destaca-se nos quesitos *localização* e *custo benefício*, pois localiza-se 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.

Antes da reestruturação iniciada em 2003, o atendimento dos usuários neste serviço acontecia obedecendo à ordem de chegada, excetuando as situações declaradas de urgência/emergência, visualmente identificáveis. Havia exceções para o atendimento que eram os casos trazidos pelos serviços de bombeiros e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Nas demais situações, quem recebia o usuário na “porta de entrada” da Emergência era um assistente administrativo (RIBEIRO, 2005).

O protocolo adotado e implantado em 2005 para triagem com classificação de risco no HOB tratou de estabelecer um protocolo próprio, seguindo um modelo baseado na experiência canadense. Visando incorporar a estratégia de atendimento do HumanizaSUS, a planta física da Emergência foi reformada e adequada, de modo a dar condições para a implantação deste projeto (RIBEIRO, 2008).

A autora comenta que concomitantemente ocorreu a capacitação da equipe, com o intuito de aprimorar o atendimento aos usuários, melhorar as condições de trabalho dos profissionais e contribuir para a efetivação do novo modelo de atendimento proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, o acolhimento deve permear todas as atividades assistenciais e estar presente em todos os momentos de atuação ao usuário (RIBEIRO, 2008).

## **2.2 Acolhimento com classificação de risco como estratégia de humanização da assistência na 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 enfatizado nas discussões (SHIROMA, 2008).

A preocupação com a “humanização” surgiu nos movimentos sociais, principalmente aqueles vinculados à saúde da mulher e a humanização dos partos. O Governo Federal lançou em 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência

Hospitalar (PNHAH) e em 2002 aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, lançando em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), a HumanizaSUS, que tem como objetivo viabilizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (SHIROMA, 2008).

Para Deslandes (2004), a legitimidade da questão “humanização” ganhou novo status com a regulamentação, em 2000, pelo Ministério da Saúde, do PNHAH, pois é baseado nas relações entre profissionais e usuários, e entre hospital e comunidade. Além disso, propõe ações integradas visando melhorar a assistência aos usuários no ambiente hospitalar público e qualificar os serviços prestados.

Acolhimento como ação técnica 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).

O Ministério da Saúde, pela 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 paciente no sistema de saúde e selecionar os meios mais adequados para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2006).

Mencionando Rizzoto (2002), Shiroma (2008) comenta que o acolhimento surgiu devido à impossibilidade dos serviços de responder às necessidades de demandas de saúde da população. 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).

A FIG. 2 ilustra as atitudes e conceitos presentes no acolhimento:



Figura 2 – Atitudes e conceitos presentes no acolhimento  
Fonte: Shiroma, 2008.

De acordo com a autora, 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.

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 (BRASIL, 2004), aquele que deve ouvir a queixa principal, identificar os riscos e a vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema demandado (BRASIL, 2004).

Para Entralgo (1983), citado por Shiroma (2008) p. 31, o acolhimento é como uma “relação de ajuda”, em que existem objetos e agentes de ação que são a mesma pessoa; ou seja aquelas que procuram o serviço de saúde. São objetos porque precisam de ajuda e agentes de ação porque participam, interagem. Ressalta a importância de a equipe de saúde estar preparada para participar desta relação, fornecendo tranquilidade e clareza.

### **2.2.1 A triagem na classificação de risco e o profissional enfermeiro**

A “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto Socorro, desencadeada pela crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência, tornou necessária a reorganização do processo de trabalho, objetivando a melhor forma de atender aos diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos (ABBÊS e MASSARO, 2004). Assim, a rotina do trabalho no Pronto Socorro coloca, muitas vezes, os enfermeiros em situação que exige domínio do conhecimento e rapidez de raciocínio no sentido de tomar decisões pertinentes ao diagnóstico (PAVELQUEIRES, 1997).

O usuário, ao chegar à recepção do Pronto Socorro, é atendido pelo técnico de enfermagem, que tem por objetivo realizar a triagem administrativa, com base no protocolo de situação-queixa, verificar as alterações que justifiquem a prioridade no seu atendimento e encaminhar os casos que necessitam da avaliação para a classificação de risco pelo enfermeiro. Dessa forma, o enfermeiro torna-se referência do contato da equipe de emergência com o paciente, cabendo-lhe a função de orientador (SHIROMA, 2008).

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.

Neste contexto, protocolo pode ser entendido como um dispositivo formal a ser utilizado por profissionais capacitados. Pode significar a padronização e o consenso de procedimentos técnicos. A utilização de protocolos direcionadores é importante, pois visa diminuir o viés de subjetividade implicado na avaliação da queixa do paciente que procura o serviço de urgência e emergência (GATTI, 2003).

O enfermeiro que atua nesta unidade necessita ter "conhecimento científico, prático e técnico, a fim de que possa tomar decisões rápidas e concretas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente" (MARTIN, 1988). Além disso, pode-se dizer que este profissional está em constantes relações com outros seres humanos que fazem parte do ambiente com o qual interage, influenciando e também sendo influenciado em suas atitudes e comportamentos (CAPELLA, 1998, citado por SHIROMA, 2008, p. 54).

O profissional enfermeiro da urgência, no decorrer de sua vida profissional, 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). A responsabilidade técnica e pessoal do profissional para mediar a articulação com a rede de serviços em saúde, realizar referência e contrarreferência, ser resolutivo nas ações, ter competência e postura ética, saber orientar e ter poder de comunicação é outro requisito importante do profissional enfermeiro (SHIROMA, 2008).

Um enfermeiro de triagem deve também apresentar três habilidades fundamentais: avaliação, conhecimento e intuição. Esclarece Gatti (2003):

A intuição se desenvolve com experiência, sensibilidade e o uso da observação. Todas essas características estão bem desenvolvidas em um enfermeiro de Pronto Socorro com experiência. Quanto mais tempo e

experiência se adquire, maior uso se faz da sensibilidade e intuição, estabelecendo-se de forma mais eficaz a ponte com o referencial teórico que sustenta o fazer (GATTI, 2003, p. 1).

O Grupo Português de Triagem (2002) menciona que a triagem deve ser dinâmica e responder às necessidades tanto dos doentes como do serviço. A tomada de decisão é parte integrante e importante na prática de enfermagem, sendo que uma sólida avaliação clínica requer tanto o raciocínio quanto certo nível de aptidão, fatores essenciais para um cuidado de boa qualidade. 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. Em contrapartida, O Grupo Português de Triagem (2002) esclarece que o uso do protocolo de Manchester (Triagem e Classificação de Risco) é essencial para o futuro de qualquer metodologia normalizada, uma vez que possibilita a homogeneidade na utilização deste protocolo.

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 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).

Em um processo de mudança institucional, a participação dos atores envolvidos depende de múltiplos fatores. Dentre eles citam-se: valores e crenças, disposição

individual e coletiva para mudar, conhecimento e identidade dos sujeitos com o prescrito institucionalmente e julgamento dos benefícios e riscos (para si e para o sujeito do cuidado) presentes na proposta (SHIROMA, 2008).

### **2.2.2 Métodos 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. Estes estão presentes também nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e alguns países da Europa (PIRES, 2003).

Os protocolos mais utilizados em serviços de classificação de risco das unidades de urgência e emergência, em nível mundial, são, basicamente, quatro: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS<sup>®</sup>), Australian Triage Scale (ATS<sup>®</sup>), Emergency Severity Index (ESI<sup>®</sup>) e Manchester Triage System (MTS<sup>®</sup>) (PIRES, 2003; GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2008).

Nos Estados Unidos, utilizam-se protocolos para o serviço de triagem, que é realizado por enfermeiros. A esses profissionais é garantida autonomia para a solicitação de exames e a administração de medicamentos previamente estabelecidos (DAVIS *et al.*, 1995; KELLY, K., 1994). Estudos realizados para avaliar a efetividade da diretriz de triagem de um hospital norte-americano apontaram deficiência no processo de triagem, revelando que 41% dos pacientes não classificados como emergência receberam intervenção terapêutica e/ou diagnóstica nas 24 horas subsequentes, sendo que 3% destes pacientes foram internados. Os autores reforçam a necessidade de validação de instrumentos antes de serem utilizados pelos serviços (LOWE *et al.*, 1994).

Dentre todas as escalas existentes, a escala mais utilizada nos Estados Unidos é a *Emergency Severity Index - ESI<sup>®</sup>*. Implantada ao final da década de 1990, teve por objetivo estratificar o risco dos pacientes em três níveis de prioridades: Emergência,



Urgência e Não urgência. De acordo com Goransson *et al.* (2005), demonstrou a necessidade de se incrementar prioridades, devido à necessidade de melhor representar o estado geral de saúde do paciente. A FIG. 3 apresenta fluxograma dos atendimentos:

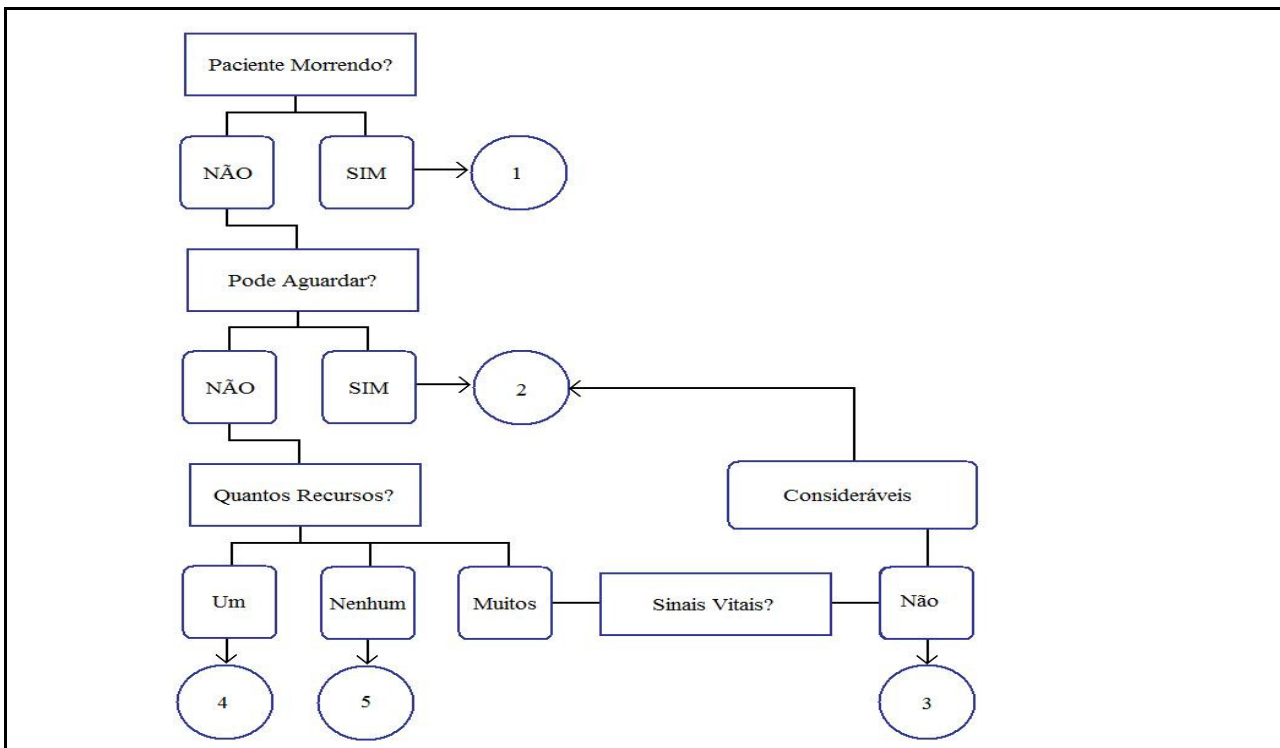


Figura 3 – Fluxograma orientador na Emergency Severity Index (ESI®).  
Fonte: Gilboy (2005)

A escala *ESI*® estabelece tempo limite de espera para que seja realizado o atendimento médico em cada nível de classificação. O sistema de triagem americano ainda está sendo estruturado, sendo que a *Emergency Nurses Association* (ENA) realiza o suporte técnico. A ENA sugere a padronização de procedimentos e protocolos para a realização da triagem. Sugere também que deve ser feita por um enfermeiro com experiência comprovada em unidades de urgência (GILBOY, *et al.*, 2005).

### ***Australasian Triage Scale – ATS*®**

Na Austrália, a triagem é realizada em todas as instituições hospitalares que possuem setor de Urgência e Emergência. A triagem é, efetivamente, o primeiro contato do paciente com o setor de emergência. É tratada como um mecanismo de

muita relevância, sendo feita por profissionais enfermeiros que têm função essencial no serviço de emergência. Desde o início da sua formação, o profissional adquire proficiência em prestar assistência aos pacientes e também em preocupar-se com a infraestrutura necessária ao atendimento. Ainda, recebe o treinamento e a capacitação técnica específica e necessária para a utilização dos protocolos (AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2001).

A atual ATS<sup>®</sup> foi adotada em nível nacional em 1994. 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. 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 sua situação clínica. O protocolo estabelece que haja reavaliação de pacientes que aguardam por atendimento. A reavaliação deve ser feita continuamente, por meio de sinais e sintomas relevantes que indiquem alteração de categoria da escala (AUSTRALASIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE, 2001).

O QUADRO 2 apresenta a descrição da escala utilizada e o tempo estimado para os atendimentos.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	AVALIAÇÃO
Categoria 1	Risco imediato à vida Ex: parada cardiorespiratória.	Imediata
Categoria 2	Risco iminente à vida ou exigência de tratamento imediato. Ex: insuficiência respiratória, dor torácica (isquêmica), perda sanguínea importante.	< 10 minutos
Categoria 3	Potencial ameaça à vida/Urgência. Ex hipertensão severa, desidratação, convulsão	30 minutos
Categoria 4	Situação de potencial urgência ou de complicações/gravidade importante. Ex: aspiração de corpo estranho (sem obstrução de vias aéreas), dor moderada, dor abdominal não específica, trauma craniano sem perda de consciência.	60 minutos

Categoria 5	Menos urgente ou problemas clínico-administrativos. Ex: condições, necessidades de receita médica.	120 minutos
-------------	---	-------------

Quadro 2 – Descrição da escala ATS<sup>®</sup>, segundo as categorias descrição e tempo estimado de avaliação

Fonte: Australasian College of Emergency Medicine (2001).

### **Canadian Triage Acuity Scale – CTAS<sup>®</sup>**

A escala canadense foi construída tendo por base a escala australiana ATS<sup>®</sup>. Originou-se em decorrência da necessidade de padronização das informações geradas nos serviços de urgência e teve como objetivo principal, garantir o acesso de pacientes e a medição dos recursos utilizados nesta área. A escala de triagem *Canadian Triage Acuity Scale (CTAS<sup>®</sup>)* 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.

Até 2001, os setores de urgência trabalhavam com duas escalas de referência para a realização de triagem, sendo uma pediátrica e outra de adulto. Em 2008, as duas escalas unificaram-se, tornando mais dinâmico e adequado o processo de priorização do atendimento para todos os pacientes. Os objetivos da CTAS<sup>®</sup> são: garantir o acesso dos usuários, padronizar as informações produzidas e mensurar a utilização de recursos disponíveis (BEREVIDGE, 1998; GORANSSON *et al.*, 2005).

No QUADRO 3 apresentam-se os níveis segundo a classificação da CTAS<sup>®</sup>.

Em 2008, o protocolo canadense foi revisado, e foram atribuídas cores a cada nível de classificação, A cor azul reflete o maior nível de prioridade e a cor branca, o menor nível de prioridade, conforme demonstrado no QUADRO 3

CATEGORIA	DESCRIÇÃO DA CATEGORIA	TEMPO ALVO
Nível 1	<b>Ressuscitação.</b> Risco iminente de deterioração das funções vitais (ex: parada cardiorespiratória).	Imediato
Nível 2	<b>Emergência.</b> Condições que ameaçam a vida e requer intervenção rápida. (ex: confusão mental).	Até 15 minutos

Nível 3	<b>Urgente.</b> Condições potenciais de evolução para sérias complicações. (ex Dispneia moderada)	Até 30 minutos
Nível 4	<b>Pouco urgente.</b> Condições potenciais de evolução para complicações ou relacionadas à idade do paciente. (ex: corpo estranho no olho).	Até 60 minutos
Nível 5	<b>Não urgente.</b> Condições agudas ou crônicas que não apresentam risco para deterioração das funções vitais (ex: dor em orofaringe).	Até 120 minutos

Quadro 3 – Níveis de classificação estabelecidos pela “Canadian Triage Acuity Scale” CTAS©  
Fonte: Canadian Association of Emergency Physicians© (2002).

Pires (2003) traduziu para o português o protocolo canadense realizando sua validação clínica. 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 maior amostragem.

### ***Manchester Triage System (MTS©) – Protocolo de Manchester***

Em 1994, na Inglaterra, o MTS<sup>©</sup> 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.

Constituído o grupo, estabeleceu-se como prioridade fazer o levantamento da linguagem das escalas/protocolos de triagem até então existentes, visando à identificação de temas comuns. A partir de então, chegou-se a um acordo de um novo sistema de nomenclatura (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM, 2002).

Em 1997, este sistema de triagem foi implantado. 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 (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM, 2002).

Segundo O Grupo Português de Triagem de Manchester (2002), foram criadas cinco categorias de gravidade e foi atribuída a cada uma delas uma cor, um número e um nome também, foram definidos os tempos limite de espera até o primeiro contato com o médico do serviço de urgência. Foram realizadas reuniões em nível nacional, incluindo representantes da enfermagem e médicos que atuavam nos serviços de urgência, chegando-se ao consenso da escala de triagem a seguir especificada:

**Tabela 2 – Relação entre a classificação cor da tarjeta e tempo médio para atendimento**

Número	Nome	Cor	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

Fonte: Grupo Português de Triagem, 2002.

O protocolo de Manchester está estruturado para fornecer ao avaliador uma prioridade clínica, conforme menciona o Grupo Português de Triagem, 2002. Cada nível de prioridade clínica é composto por sinais e sintomas que os discriminam, sendo estes chamados de “discriminadores”. Estes discriminadores estão apresentados na forma de fluxogramas, que refletem a condição inicial (queixa principal) apresentada pelo paciente no momento de sua avaliação. Existem os discriminadores gerais, que sempre discriminam o paciente no primeiro nível de prioridade clínica, ou seja, na cor vermelha.

Estes discriminadores gerais aplicam-se a todos os doentes, independente de sua queixa principal, e refletem condições clínicas que, se presentes, colocam o indivíduo em nível maior de prioridade, pois podem refletir risco de morte ou situação insuportável, como dor, grande hemorragia, estado de inconsciência, hipertermia ou hipotermia e agravamento da condição apresentada (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM , 2002).

Este método tem algumas vantagens sobre outros sistemas de triagem, pois garante a uniformidade de critérios ao longo do tempo; assegura ao paciente observação segundo seu grau de gravidade; oferece base científica para as decisões; e é de execução rápida (GOMES, 2008 p. 44). O sistema “seleciona os doentes com maior prioridade e funciona sem fazer quaisquer presunções sobre diagnóstico” (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM , 2002).

Os discriminadores específicos aplicam-se aos casos individuais – ou seja, estão diretamente relacionados à queixa principal, – e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares. De acordo com o Grupo Português de Triagem (2002), os discriminadores específicos encontram-se distribuídos nos demais níveis de classificação.

A tomada de decisão é um processo inerente da triagem, sendo que o enfermeiro classificador deve interpretar, discriminar e avaliar a queixa apresentada pelo paciente. Na triagem guiada pelo protocolo de Manchester, a tomada de decisões consiste em uma série de passos para se chegar a uma conclusão, conforme descrito abaixo:

- 1º) Identificação do problema;
- 2º) Coleta e análise das informações relacionadas com a solução;
- 3º) Avaliação de todas as alternativas e seleção de uma delas para implementação;
- 4º) Implementação da alternativa escolhida;
- 5º) Monitorização da implementação e avaliação dos resultados.

Entre os diferentes sistemas de triagem que estabelecem temporalidade para o atendimento e critérios de prioridade no atendimento o mais internacionalmente conhecido e implementado é o sistema de Manchester, ou triagem de Manchester (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM, 2002).

Neste sistema, a cor vermelha indica uma situação grave, emergente, correspondendo um tempo zero de espera; a laranja, que o paciente deverá ser atendido em até dez minutos; a amarela, que o atendimento deverá ser realizado no prazo de uma hora; a verde, a até duas horas; a azul, que o atendimento não é

urgente (GRUPO PORTUGUES DE TRIAGEM, 2002). Neste contexto, particular valor é atribuído pelos pacientes ao seu acolhimento, sobretudo no decurso da primeira etapa do processo de atendimento, que acontece, na maior parte das situações, no contacto direto com o enfermeiro que se encontra a efetuar a “triagem”.

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), que trabalha diretamente com o protocolo de Manchester, 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 PORTUGUES 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 PORTUGUES DE TRIAGEM, 2002).

### **2.3 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 citado por SHIROMA, 2008).

No decorrer dos últimos tempos, assiste-se a uma demanda crescente pela informação tecnológica nas diversas áreas da saúde, sustentada pela tecnologia da informação. “A informação é considerada como um conjunto de dados organizados, que contém avaliação e algumas agregações de valores. Assim, considerando que informar é dar forma a algo, a informação é uma representação relacional dos dados capturados” (CINTRA, *et al.*, 2008; TELLES e TEIXEIRA, 2002).

A relação entre dados e informação remete àquela existente entre signo e significado, sendo o conhecimento um elemento que interage proximamente com dados e informações. O conhecimento é apontado como fator transformador entre os dados e a informação, além de manipular, organizar e dar forma aos dados, o que é feito de acordo com a experiência dos indivíduos, dependendo diretamente do universo cognitivo de cada um (TELLES e TEIXEIRA, 2002).

Em nenhuma outra época histórica a humanidade alcançou tantos avanços tecnológicos em tão curto espaço de tempo como no século XX. A transformação dos processos produtivos a partir da década de 1950 revolucionou não apenas produtos e serviços, como também sociedades (ALMEIDA e MELLO, 2004). O aumento considerável de dados à disposição dos gestores necessita de uma abordagem mercadológica para que decisões sejam tomadas eficazmente. Segundo o autor, a partir de informações relevantes para a construção de estudos sobre o consumidor e seus hábitos.

Foi a partir da década de 1990 que revelou-se como o desafio da área da Informação a criação de sistemas capazes de representar e processar o conhecimento, criando as informações e dando respostas às diferentes necessidades dos indivíduos. Assim, a TI surge com foco na conversão dos diferentes tipos de conhecimentos para a linguagem eletrônica, oferecendo a possibilidade de necessidade mínima de papéis (SCOTT<sup>2</sup>, 2007, citado por CAVALCANTE, 2008).

---

<sup>2</sup> SCOTT, R. E. E-Records in health: Preserving our future. **Rev. International Journal of Medical Informatics**, v.76, p.427-431, 2007



Assim, 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 e 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 e MELLO, 2004).

Os autores comentam que com o aumento de informação disponível as organizações e os profissionais foram compelidos a prestar serviços de melhor qualidade que atendessem às necessidades do consumidor, aferindo indicadores de produtividade e lucratividade. Na área de saúde não foi diferente. 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.

“Apesar de ser um setor altamente regulamentado por entidades de classe e autoridades governamentais, os profissionais de saúde tiveram que se adaptar à Era da Informação” (p.6). Segundo Almeida e Mello (2004), os avanços científicos e tecnológicos ampliaram o conhecimento e as possibilidades de diagnósticos, tratamentos e prognósticos das doenças, tornando-se difícil imaginar um profissional que dê conta de todo esse universo.

Em seu artigo, Almeida e Mello (2004) expõem que uma característica do setor de saúde, além da padronização dos serviços, é a difícil distinção entre os públicos, dado o alto grau de dependência e de inter-relação que há do profissional para o cliente. Historicamente, a prática médica tem influenciado o imaginário da comunidade. Para o paciente, a competência do profissional de saúde está condicionada ao conhecimento e à prescrição dos mais modernos exames diagnósticos, relegando a uma instância secundária os tradicionais procedimentos para identificar patologias.

Para uma organização, a tecnologia pode ser a fonte de soluções e, ao mesmo

tempo, foco de sistemas informativos ineficazes, porquanto, a despeito de todo o avanço tecnológico na ciência da computação, são comuns falhas resultantes tanto de aspectos técnicos, de *hardware*, como de aspectos ambientais, o que inclui o fator humano. A fim de que a tecnologia seja aplicada de forma profícua pela organização, múltiplos fatores interdependentes precisam estar ajustados e sincronizados. É obrigatório que a sociedade e o espaço organizacional estejam aptos a acolher a tecnologia sem contenções de insumos (ALMEIDA e MELLO, 2004)

A prestação de serviços hospitalares engloba uma série de serviços complexos, que podem requerer um grau diferenciado de tecnologia, conhecimento e relacionamento com o usuário atendido (BOHRER e VARGAS, 2009). A demanda por acesso advinda da sobrecarga de serviços obrigou à reorganização dos processos de trabalho. Também, as relações dos profissionais de saúde com a população e com o emprego de novas tecnologias obrigou à reestruturação. Dessa forma, as equipes multiprofissionais de saúde tiveram que se adaptar à Era da Informação (ALMEIDA e MELO, 2004).

A qualidade da prestação dos serviços depende muito da habilidade dos profissionais de se relacionar-se com pacientes e também da habilidade de manusear a ferramenta tecnológica. A partir da década de 1970, foi mais intensa a escalada das inovações tecnológicas. Portanto, supõe-se que a formação dos profissionais de saúde egressos da universidade neste período tenha sido mais focada nos sistemas tecnológicos, enquanto a de seus antecessores, diferentemente, privilegiou mais o fator humano na assistência (BOHRER e VARGAS, 2009).

Em se tratando de tecnologia, Merhy (1998) sugere a classificação utilizada na área de saúde, em: dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e organização de informações, além dos softwares e sistemas de controle informatizados. A tecnologia leve-dura refere-se aos saberes bem estruturados dos profissionais de saúde, como a clínica, a epidemiologia e a maneira de organizar o processo de trabalho. A tecnologia leve refere-se ao trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, isto

é, no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente. Nesta interação, criam-se, ou não, cumplicidades e relações de vínculo e de aceitação. E, ainda, produz-se a responsabilidade. Neste contexto, verifica-se que o setor saúde se transforma diante das mudanças tecnológicas, sociais e econômicas e, como resultado, expande suas relações e amplia a complexidade de suas atividades. Associando-se ao ALERT® Manchester, esta equivale-se a todos os tipos de tecnologias definidos por Mehry (1998): dura, pois oferece o sistema operacional; leve-dura e leve, uma vez que está aliada ao saber e à experiência do profissional enfermeiro e, ainda, à relação entre os dois atores (profissional e paciente) no momento da triagem.

Sabe-se que a informação tem sido capaz de transformar e reestruturar os modos de fazer e os processos de trabalho, acompanhar registros, desenvolver análises, possibilitar diagnósticos e terapêuticas, controlar e comunicar informações clínicas e transmitir grandes volumes de informações de maneira segura, flexível, confiável, imediata e com independência geográfica. Ainda, desencadeia novos desafios para os profissionais de saúde (QUEIROZ e MOREIRA, 2007).

Zuboff (1988)<sup>3</sup>, citado Queiroz e Moreira (2007), menciona que a tecnologia de informação objetiva aumentar a automação e ampliar a divisão e o controle do trabalho.

Seguindo essa lógica, é possível verificar que no ambiente organizacional hospitalar há a resistência natural que os funcionários sentem em relação aos procedimentos impostos pelas novas tecnologias. Como representam redução na autonomia, no grau de responsabilidade e nos conteúdos de seus trabalhos, a tendência é a de resistência.

Conforme citado por Queiroz e Moreira (2007), a natureza conflituosa da tecnologia para os profissionais sugere sua percepção como produto e processo de estruturação de tarefas. Portanto, faz-se necessário ter um olhar com visão longitudinal e temporal, pois a tecnologia tornou-se necessária em uma organização, em resposta às demandas da era contemporânea, envolvendo o comportamento dos

---

<sup>3</sup> ZUBOFF, S. **In the age of the smart machine**: the future of work and power. 1 ed. New York: Basic books, 1988.

indivíduos com as estruturas organizacionais.

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 e MOREIRA, 2007).

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).

As atividades mais suscetíveis a alterações, conforme mencionado por Oliveira (1996), são aquelas de intensiva informação, podendo-se distinguir três grupos:

- Produção – a física (crescentemente atingida pela robótica e pela instrumentação de controle), a produção de informação (influenciada pelos computadores em tarefas burocráticas, como contas a receber, contas a pagar e faturamento) e a produção de conhecimento (CAD, CAM, análise de crédito e risco, produção de software etc.).
- Trabalhos de coordenação – a telecomunicação é o instrumento fundamental da mudança. Afeta a distância física, a natureza do tempo sobre o trabalho e armazena informações e mantém a memória organizacional como banco de conhecimento.
- Gestão – afeta a direção, ao permitir monitorar o ambiente e tomar as decisões para adaptar a organização ao ambiente, e o controle, ao medir o desempenho e compará-lo com os planos, para manter-se no rumo desejado.

### 2.3.1 A implicação da tecnologia de informação no setor saúde

Citando Moraes<sup>4</sup> (1994, p. 26), Cavalcante (2008) explica que o sistema de informação “é um pequeno núcleo que assegura a produção de dados necessários para o processo do controle [e decisão]”. Cita, ainda, que um sistema de informação pode ser compreendido como “todo conjunto de dados e informações que são organizados de forma integrada, com o objetivo de atender à demanda e antecipar as necessidades dos usuários” (GUIMARÃES e ÉVORA<sup>5</sup>, 2004 citado por CAVALCANTE, 2008).

Em sua dissertação, Cavalcante (2008) declara que um sistema de informação coleta, processa, armazena, analisa e dissemina informações para uma finalidade específica e que os sistemas de informação baseados em computadores realizam as mesmas ações, contudo utilizam a tecnologia mediada por computadores para realizar as tarefas planejadas.

Dentre as estratégias gerenciais de tecnologia de informação (TI) que se têm buscado aplicar nos hospitais, são enfatizados os processos que visam dar respostas rápidas às emergências, desenvolver habilidades capazes de superar as incertezas desses ambientes tensos e detectar uma maneira de gerenciar os fluxos dos trabalhos (SHIROMA, 2008).

Segundo Muller (2006), com a inserção do componente inovação via TI no trabalho os gerentes são obrigados a buscar estratégias de flexibilidade. Paralelamente, há o sistema de regulação do SUS, que exerce forte pressão pela diminuição de gastos hospitalares e pela auditoria e controle dos procedimentos, o que exige resultados efetivos no gerenciamento do sistema de saúde. Dessa forma, espera-se a redução de custos e a entrega para a sociedade de produtos com maior valor agregado.

---

<sup>4</sup> 4 MORAES, I.H.S. *Informações em saúde: Da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-Abrasco, 1994.

A efetividade dos procedimentos hospitalares inclui a capacidade da organização de trabalhar sua comunicação em rede com outros prestadores de serviços, buscando a interação de processos e a multidisciplinaridade para melhorar os níveis de saúde de seus usuários. A tecnologia da informação em sistemas de saúde está se consolidando como um novo e importante campo que estuda o uso e o tratamento adequado da informação. Os objetivos são: aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde privados ou públicos prestados aos usuários; aumentar a produtividade; e facilitar o acesso ao conhecimento (MULLER, 2006).

Na visão de Cerqueira e Mac-Allister (2005), a tecnologia da informação tem como objetivos: melhorar a qualidade dos serviços prestados ao cliente (paciente); reduzir custos; e auxiliar o administrador nas importantes fases de seu negócio. No ambiente interno, dá-se cada vez mais importância à gestão da tecnologia, envolvendo o aperfeiçoamento dos clientes internos (funcionários), a introdução de inovações, a manutenção de um ambiente propício à criatividade à pesquisa, e a adoção de tecnologias que facilitem a troca de informações com rapidez. Conforme comentam os autores, nesses termos é que se delinea o alinhamento estratégico (CERQUEIRA e MAC-ALLISTER, 2005).

A partir desse contexto, as organizações hospitalares procuram adotar sistemas de gestão mais eficazes e eficientes. Mundialmente, observa-se a tendência de aumento de custos da medicina, devido à complexidade crescente de procedimentos médicos e à atualização tecnológica (FUMAGALLI; PIVA; KATO, 2007).

Segundo Bohrer (2009), para uma instituição hospitalar a tecnologia pode ser a fonte de soluções e, ao mesmo tempo, foco de sistemas informativos ineficazes, porquanto, a despeito de todo o avanço tecnológico na ciência da computação, são comuns falhas resultantes tanto de aspectos técnicos, de hardware, como de aspectos ambientais, o que inclui o fator humano.

O propósito da instrumentação virtual e dos painéis de controle é conectar o sistema de informação hospitalar (triagem, admissões, monitoramento de usuários, procedimentos clínicos, pedidos de exames e padronização de procedimentos).

---

<sup>5</sup> GUIMARÃES, E. M. P; ÉVORA, Y.D.M. Sistema de Informação: Instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Revista Ciência da Informação**. v.33, n1, Jan/Abr. 2004

Também, estabelece a possibilidade de promover controles estatísticos de processos, oferecendo um quadro de informações que orienta a tomada de decisão por parte dos usuários do sistema e de seus administradores (FUMAGALLI; PIVA; KATO, 2007). Os autores ainda mencionam que na cadeia produtiva dos processos de trabalho a TI altera a estrutura e a forma de execução do trabalho assistencial, especialmente nos aspectos relacionados à produção do trabalho e à coordenação.

Na atualidade, o hospital é uma instituição que tem estrutura e administração próprias e presta serviços para a sociedade, realizando atividades como qualquer outra organização (CERQUEIRA e MAC-ALLISTER, 2005). Os autores comentam que, em se tratando de organizações hospitalares, a tecnologia da informação assume um papel estratégico, pois é por meio dela que se obtêm meios para administrar de forma eficiente e eficaz a organização hospitalar.

No Brasil, a introdução do uso da tecnologia da informação na área de saúde e, particularmente, nos hospitais é relativamente recente (CERQUEIRA e MAC-ALLISTER, 2005). Na grande 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 e MAC-ALLISTER, 2005).

Segundo os autores, algumas poucas organizações possuem sistema de gestão hospitalar integrado, focado no cliente-paciente, envolvendo tanto a administração como a assistência ao paciente, como também a integração de ambos para apoiar uma gestão adequada. Estes sistemas permitem ao profissional da área de saúde fazer a requisição, consulta de exames, preenchimento, consulta ao prontuário dos pacientes, armazenamento de imagens de exames, utilização do correio eletrônico, consulta a bases de dados bibliográficos (obtendo informações sobre medicamentos, exames especializados, patologias e seu tratamento) e levantamento de dados epidemiológicos para fins científicos, entre outros (CERQUEIRA e MAC-ALLISTER, 2005). Concluem os autores que 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 e MAC-ALLISTER, 2005).

Segundo Motta (2004), a grande revolução na gerência contemporânea provém das novas formas de tratar a informação, sendo a aparelhagem eletrônica moderna fundamental para a integração dos meios de comunicação, armazenagem, ordenação e processamento de dados, alterando a vida administrativa para melhorar a capacidade de uso de informação para decisão. Assim, os sistemas de informação têm-se configurado como instrumentos da aparelhagem eletrônica que podem proporcionar muitas contribuições para o setor saúde. Nos setores hospitalares, os sistemas estão sendo inseridos: Clínica Médica, Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico, Centro de Tratamento Intensivo, Unidade de Atenção Básica, Lavanderia, CME, Farmácia, Suprimentos e vários outros. Ainda, contribuem para a organização das informações no prontuário eletrônico do paciente (CAVALCANTE, 2008).

No mercado de sistemas, existem alguns desenvolvidos para a área da saúde que propiciam a informatização dos serviços, desencadeando mudanças significativas no processo de trabalho. Essas alterações refletem diretamente nos profissionais, na instituição e na assistência atribuída ao usuário (CAVALCANTE, 2008).

O autor sustenta que o principal objetivo de um Sistema de Informação em Saúde (SIS) é apoiar e provocar mudanças na organização hospitalar, visando melhorar os processos de trabalho e o cuidado da saúde dos pacientes. Por outro lado, conforme mencionado também por Cavalcante (2008), se um sistema de informação de saúde tenta rapidamente causar alteração nos processos de uma organização poderá correr o risco de fracasso.

Cavalcante (2008) cita Heecks (2006), que discorre sobre a utilização do sistema como uma ferramenta de avaliação de risco para os gerentes hospitalares e consultores que trabalham diretamente nos projetos do SIS. Este sistema mostra as sete dimensões de relevância nas aberturas do planejamento, quais sejam:

[...] a informação (lojas de dados, fluxos de dados, etc.); a tecnologia (hardware e software); os processos (as atividades de usuários e outros); os objetivos e valores (a dimensão fundamental pela qual os fatores como cultura e política são manifestados); a equipe e habilidades (ambos os aspectos quantitativos e qualitativos de competências); os sistemas de administração e estruturas; e outros recursos (particularmente tempo e



dinheiro) (p. 30).

A partir da inclusão das tecnologias de sistemas no trabalho, será cada vez mais exigido 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 (CAVALCANTE, 2008).

O autor ensina que para que o sistema seja de fato um instrumento de trabalho é importante que os profissionais usuários estejam envolvidos em todo o processo de planejamento, que vai desde a aquisição, passando pelo desenvolvimento, implementação e adequação das rotinas de trabalho. Não menos importante é a participação deles no desenvolvimento das habilidades/competências e na elaboração dos planos de contingência e de avaliação do processo. Apesar de ser modesta a participação da enfermagem na utilização de sistemas de informação como instrumento de trabalho, pode-se dizer que vem acompanhando a evolução tecnológica no campo da saúde e tem proporcionado inúmeras reflexões sobre a prática profissional cotidiana, com destaque para os protocolos e padronizações do cuidado de enfermagem (MARIN<sup>6</sup>, 2005 citado por CAVALCANTE, 2008) .

## **2.4 Inovação tecnológica nos serviços hospitalares**

A recepção dos usuários nos serviços hospitalares constitui-se no primeiro espaço de relacionamento, de investigação das queixas e de elaboração de um plano de cuidados.

Além disso, a importância da porta de entrada também se evidencia por um ambiente com alto grau de complexidade e incerteza organizacional. Isso conduz ao desafio de compreender as principais características das condições materiais e da dinâmica de funcionamento e de gestão do hospital como um todo. A implementação

---

<sup>6</sup> MARIN, H. F. News frontiers for nursing and health care informatics. **Rev. International Journal of Medical Informatics**, v. 74, p. 695-704. Jan. 2005

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

Na sociedade contemporânea, as máquinas de mudança mais poderosas são: a invenção humana, a inovação e as aplicações do conhecimento científico. Coletivamente, denomina-se essas funções de “tecnologia” (ROBERTS; GRABOWSKI, 2004, p. 314).

Barley<sup>7</sup> (1986), Weick<sup>8</sup> (2001) e Zuboff<sup>9</sup> (1988), citados por Queiroz e Moreira (2007), descrevem os impactos das novas tecnologias em organizações e obtêm resultados semelhantes, indicando:

- a) a administração científica enraizada nas pressuposições de valores, artefatos e símbolos de um grande número de organizações, o que parece impedir a transformação quando da implementação de novas tecnologias;
- b) caracterizadas pelo uso do meio eletrônico, as novas tecnologias possuem uma dimensão abstrata, o que exige das pessoas maior desgaste intelectual e emocional para manusear, interpretar e desenvolver significados;
- c) a tecnologia, ao mesmo tempo em que afeta, é afetada pelo ambiente existentes nas organizações.

Zuboff (1988), citado por Queiroz e Moreira (2007), apresenta evidências em suas pesquisas e concluiu que:

[...] as novas tecnologias apresentam um potencial transformador capaz de desencadear um processo de inovação organizacional, cujo resultado seria uma melhor adaptação às exigências do ambiente externo e um contexto

---

<sup>7</sup> BARLEY, S. R. **Technology as an occasion for structing**: evidence from observations of CVT scanners and the social order of radiology departments. Ithaca, v. 32, 1986.

<sup>8</sup> WEICK, K. **Technology as equivoque**: in making sense of the organization. Oxford: Blackwell, 2001.

<sup>9</sup> ZUBOFFS, S. **In the age of the smart machine**: the future of work and power. 1 ed. New York: Basic. Books, 1988.

social mais satisfatório para os funcionários (ZUBOFF, 1988 citado por QUEIROZ e MOREIRA, 2007, p. 47).

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 contexto, a organização hospitalar tenderia a evoluir para um modelo orgânico, no qual haveria uma distribuição mais equitativa de conhecimentos, habilidades técnicas e responsabilidades. A adoção de um modelo orgânico resultaria em maior autonomia e satisfação para os funcionários no trabalho e maior eficiência organizacional (QUEIROZ; MOREIRA, 2007). Essa transformação, entretanto, depende da capacidade que os gerentes possuem de perceber os benefícios oriundos da implementação de tecnologias da informação, da oportunidade de informatização para o acesso ao conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e responsabilidades para criar o contexto organizacional no processo de transformação. Os benefícios oriundos da implementação de tecnologias da informação dependem, ainda, de como os funcionários responderão às alternativas oferecidas.

Citando Zuboff (1988), Queiroz e Moreira (2007) explicam que nas organizações em que os papéis hierárquicos são mais rígidos há maior possibilidade de resistência para lidar com os dilemas de seus membros, em especial da gerência. Assim, as tecnologias tendem a ser empregadas para confirmar poder e autoridade, com o intuito de centralizar o domínio do conhecimento sob a tutela de pequenos grupos. A tecnologia objetiva aumentar a automação e ampliar a divisão e o controle do trabalho. Seguindo essa lógica, é possível verificar que nesse ambiente há a resistência natural que os funcionários sentem em relação aos procedimentos impostos pelas novas tecnologias.

Como representam redução na autonomia, no grau de responsabilidade e nos conteúdos de seus trabalhos, a tendência é a de resistência. Nas estruturas organizacionais, conforme citado por Queiroz e Moreira (2007), 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.

Os hospitais se caracterizam por serem organizações de estrutura funcional de alta complexidade técnica e social, na qual a interdependência entre as pessoas e os papéis que exercem é vital para o sucesso da assistência. Para Queiroz, Moreira (2007), os membros da organização não possuem mecanismos para monitorar e controlar as atividades do trabalho, nem mesmo os médicos, principais detentores de autoridade e poder nas organizações hospitalares. Nesse contexto, os controles oferecidos pelas novas tecnologias poderão proporcionar uma garantia de que “os outros” realizarão suas atividades de acordo com as expectativas e contribuirão para reduzir o risco de erros no planejamento e execução dos processos de trabalho.

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.

Queiroz e Moreira (2007), apoiando-se na teoria da contingência (PERROW, 1967; WOODWARD, 1965) e nas análises de Zuboff (1988), explicam que a autonomia e a flexibilização de papéis dos indivíduos na estrutura organizacional são percebidas como pré-requisito para a evolução em direção a um modelo mais orgânico. A confiança entre os membros da organização e a confiabilidade nos sistemas são as variáveis que dão origem à adaptação organizacional e constituem-se em fatores preponderantes para o alcance de objetivos que visem manter qualidade e superioridade tecnológica no mercado. A teoria da contingência pressupõe que a tecnologia é determinista, pois, eventualmente, exigirá das organizações o modelo

orgânico, considerado mais eficiente e mais adaptável às exigências do ambiente externo (QUEIROZ; MOREIRA, 2007).

Além disso, a confiança é que sustenta a renovação contínua do comprometimento dos profissionais da área. Nos estudos realizados por pesquisadores, os autores comentam sobre a evidência de que a maneira como os profissionais de saúde respondem às demandas e oportunidades oferecidas pelas tecnologias fez surgir um alto grau de confiança entre as partes e de confiabilidade nos sistemas, o que leva à redução dos riscos no planejamento e na execução dos processos de trabalho (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).

Queiroz e Moreira, (2007) comentam que as tecnologias de informação aumentam a complexidade organizacional e a incerteza da tarefa, pois disponibilizam novas informações e atuam como agente transformador da infraestrutura do trabalho. Os autores mencionam que a inovação tecnológica é que determina o grau de incerteza da tarefa, o que exige flexibilização da estrutura hierárquica mecânica em direção à instituição hospitalar orgânica. Nesta, parte do conhecimento necessário para a execução das tarefas poderá estar localizada nos níveis mais baixos da organização. Assim, segundo a perspectiva dos teóricos da contingência, fatores ambientais poderão contribuir para aumentar o grau de inovação pretendido, definindo pela adoção de uma estrutura mais flexível para acomodar o aumento no grau de incerteza da tarefa.

Os autores mencionam ainda que à medida que novas tecnologias são implantadas para a automatização de processos, estruturadas e integradas à produção do trabalho, aumentam as chances de implementação de controles que podem estabelecer uma relação de confiança entre os membros da organização. 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. Daí, tem-se uma organização flexível e participativa, na qual a motivação dos funcionários é continuamente renovada por meio da manutenção das relações de confiança (QUEIROZ; MOREIRA, 2007).

## **2.5 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).

Os primeiros estudos sobre "resistência à mudança" datam de 1947. Atribuem-se a Kurt Lewin os fundamentos e conceitos da ideia cuja expressão lhe é creditada. Citado por Motta (1998), K. Lewin menciona que

[...] as organizações são um conjunto de processos em equilíbrio quase estacionário, estando sujeitas a um conjunto de forças opostas, mas de mesma intensidade que mantêm os sistemas em equilíbrio ao longo do tempo. Quando forças sociais conseguem desestruturar este sistema, objetivando novo patamar de equilíbrio, a tendência é que os indivíduos e grupos reajam à mudança da sua zona de conforto e segurança. A mudança ameaça as pessoas com a alteração no seu sistema de ganhos e perdas, surgindo um clima de insegurança e comportamentos de resistência (MOTTA, 1998, p. 191).

Lewin acreditava que tanto o indivíduo quanto o grupo poderiam ser considerados "pontos de aplicação" das forças sociais. Segundo ele, o padrão de comportamento do indivíduo poderia ser diferente do padrão de comportamento do grupo ao qual ele pertence, sendo que essa diferença seria permitida ou encorajada em culturas diferentes e em graus diferentes.

De forma geral, no entanto, o grupo tenderia a exigir a uniformidade de comportamento dos seus elementos. Quando mostrasse um padrão de comportamento diferente do padrão de comportamento do grupo, o indivíduo correria o risco de ser ridicularizado ou, até mesmo, excluído do grupo. No modelo original de Lewin a resistência individual poderia ser diferente da resistência grupal, dependendo do valor social dado aos padrões de comportamento no grupo (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). O citado autor ainda dá uma forte sinalização ao afirmar que o ritmo e a intensidade das mudanças irão atingir as organizações de forma mais constante. Cabe, então, dedicar cuidado especial para que neste processo as organizações não percam seu referencial de desenvolvimento e crescimento.

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).

Pantoja e Borges-Andrade (2004) acrescentam, nessa perspectiva, que, do mesmo

modo que em qualquer outra esfera da vida profissional, a pessoa em seu ambiente de trabalho pode aprender, por meio das consequências organizacionais desencadeadas pelos seus comportamentos; identificando-se pelos comportamentos dos membros de sua equipe ou recebendo instruções de seus superiores ou de pessoas designadas pela instituição. O aprendizado pode acontecer durante a realização de uma tarefa de trabalho ou em interação com uma máquina ou com outros indivíduos, podendo ou não ser transferido para outros setores de trabalho.

Os autores explicam que o conhecimento específico anterior ao evento pode ou não ter levado a melhores desempenhos que os anteriores; pode ou não ser consciente ou de maneira deliberada; e pode envolver atos e comportamentos explícitos ou implícitos, conforme citado por Pantoja e Borges-Andrade (2004). Concluem os autores que os indivíduos podem estar o tempo todo aprendendo.

Os modelos atuais de resistência à mudança consideram que os indivíduos resistem à mudança de forma única. Conforme descrevem Hernandez e Caldas (2001), a resposta homogênea é incompatível com o conceito comumente aceito de que a realidade é compreendida como um fenômeno pessoal, baseado nas necessidades, desejos, valores e experiências de cada indivíduo. Essa teoria conduz à ideia de que as ações e reações dos indivíduos são baseadas na realidade percebida, e não na realidade objetiva dos fatos (HERNANDEZ; CALDAS, 2001). O fator humano, mesmo aplicado ao grupo, requer adaptação individual, ajustando-se ao estado básico e às necessidades de cada indivíduo. O esforço despendido e a ansiedade sentida para que os indivíduos se adaptem às novas tecnologias geram níveis gradativos de estresse que causam mudanças no comportamento.

Essas 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 se identificar menciona comportamentos tão vinculados à tecnologia que o indivíduo para de pensar e passa a se portar como máquina (AYRES, 2000).

Tratando desse tema, Almeida e Coelho (2000) mencionam que as tecnologias de



informação estão mudando a face das organizações emergentes e transformando o funcionamento das organizações existentes. A introdução de novas tecnologias sempre estará provida de dificuldades, visto tratar-se de um processo que causa impactos organizacionais nos âmbitos técnico, profissional, humano e social. Pode-se considerar que a grande preocupação com as inovações tecnológicas é que sempre há a necessidade de acompanhar constantemente essas mudanças, que, muitas vezes, requerem uma nova maneira de trabalhar e até de pensar.

Principalmente em matéria de tecnologia de informação, à medida que o processo de implementação vai sendo colocado em prática vão ocorrendo tendências de resistência à mudança, de forma muito sutil. Mais tarde, quando se percebem com clareza os sinais, a resistência já está instalada em nível tanto organizacional como individual. Esse fato certamente impõe ao processo uma série de consequências negativas e desagradáveis, que poderão, em um espaço de tempo determinado, declarar resistência total à mudança. Em sintonia com o modelo, Hernandez e Caldas (2001) apresentam pressupostos segundo os quais a resistência é:

[...] a) uma circunstância inevitável; b) nociva à organização; c) um comportamento natural dos seres humanos; d) um comportamento exibido exclusivamente por empregados; e) um fenômeno massificado. Usando contra pressupostos para cada uma dessas premissas clássicas e utilizando a Psicologia da Percepção, o estudo propõe um novo Modelo de Resistência Individual à Mudança. Esse modelo de sete estágios procura representar o processo de percepção individual durante a mudança organizacional, desde a exposição ao estímulo até a adoção de um dado comportamento (HERNANDEZ; CALDAS, 2001, p. 31).

Os autores 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.

### **2.5.1 Comportamento de resistência à mudança**

O ambiente externo, mesmo com suas pressões por modelos de administração mais participativos, menos burocráticos e mais ágeis, por si só não provoca mudança nas

organizações. São as pessoas que criam e renovam estratégias (MOTTA, 1998). O processo de mudança faz aflorar forças de integração e de desintegração, que, se não neutralizadas, provocam resistências à mudança.

Segundo Motta (1998), em épocas de mudança as forças de desintegração tornam-se mais claras, exigindo maior esforço e atenção gerencial, porque mobilizam pessoas e atingem suas emoções, crenças e valores, renovando significados. Propostas de mudanças anunciam e ameaçam os interesses individuais e suas vinculações com os grupos dominantes. Assim, “os funcionários procuram arenar-se contra danos potenciais aos interesses e surgem as incongruências ou discrepâncias entre os objetivos organizacionais e os interesses e valores individuais” (MOTTA, 1998. p. 195).

Ainda, menciona que encarar a mudança como algo natural não significa tratá-la como aceitável. “Se a mudança é necessária ao progresso, a resistência é seu impedimento, e, como tal, deve ser ultrapassada” (MOTTA, 1998, p. 190). Dessa forma, Motta enfatiza o lado negativo da resistência à mudança, tendo que ser superada assim que se manifesta. As pessoas reagem não só de forma ativa, mas também mostrando apatia ou indiferença.

Judson (1980) aponta algumas variáveis que podem intensificar ou reduzir os sentimentos de resistência e que agem de forma articulada: sentimentos predispostos contra qualquer mudança; senso pessoal de segurança; crenças e normas culturais em vigor que poderiam estar em conflito com a mudança; confiança na gerência ou grupo de trabalho; apreensões e esperanças específicas; fatos passados prejudiciais à mudança; e método pelo qual a mudança foi apresentada.

Judson (1980) reforça essa consideração ao afirmar: “a maioria das razões pelas quais a maneira de fazer mudanças pode afetar negativamente as atitudes das pessoas tem uma raiz comum, que é o efeito da maneira pela qual é feita a mudança sobre a necessidade fundamental das pessoas de terem uma sensação de importância do valor pessoal”.

As instituições de saúde são sistemas socialmente constituídos permeados de hábitos, crenças, culturas, valores e expectativas. No ambiente de urgência 24 horas, é natural ocorrerem reações e manifestações dos profissionais diante da implantação de nova tecnologia. Tais reações ocorrem nos processos internos e são internalizadas pelas pessoas, que são os verdadeiros propulsores das mudanças. Dessa forma, podem ser favoráveis ou desfavoráveis e, neste caso, determinantes para o sucesso ou insucesso da mudança (JUDSON, 1980).

### 3 METODOLOGIA

Este capítulo tem por objetivo tratar da operacionalização utilizada para atingir o propósito deste estudo, apresentando aspectos e estratégias metodológicas. Apresentam-se o tipo e o método de pesquisa, a unidade de análise e de observação, a população, as técnicas de coleta dados e tratamento e análise de dados.

Optou-se por construir uma metodologia que vise à estruturação da pesquisa de forma a permitir clareza e objetividade na obtenção dos dados. A partir das técnicas utilizadas, pretendeu-se obter informações relevantes para a discussão dos resultados e a conclusão a cerca do tema escolhido.

Segundo Minayo (2003, p. 17), a pesquisa é entendida “como uma atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade”. Enquanto ciência, a metodologia é o caminho pelo qual a prática da pesquisa científica busca entender uma realidade (MINAYO, 2003). Para atender aos objetivos deste trabalho, a abordagem da pesquisa foi quantitativa.

Este caráter quantitativo associa-se à aplicação de um questionário aos enfermeiros usuários do sistema ALERT® Manchester, O qual teve por objetivo avaliar a interferência dos fatores individuais e situacionais no processo de seu trabalho (CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006).

Por permitir mensurar com exatidão o que se deseja saber em determinado estudo, o questionário é a forma mais frequentemente utilizada para obter dados de natureza quantitativa. Consiste em uma lista de questões, todas logicamente relacionadas ao problema principal da pesquisa (CERVO e BERVIAN, 2002). Para esses autores, o questionário “contém um conjunto de questões, todas logicamente relacionadas com um problema principal” (CERVO e BERVIAN, 1998, p. 138).

Os métodos quantitativos permitem avaliar a importância, a gravidade, o risco e a tendência de agravos e ameaças. Para Minayo (2006), eles tratam de probabilidades

e de associações estatisticamente significantes, importantes para se conhecer uma realidade. Essa técnica de pesquisa consiste na possibilidade de abarcar ou juntar o maior número de pessoas em um menor espaço de tempo. O instrumento que será utilizado nesta pesquisa é, fundamentalmente, composto por afirmativas estruturadas.

Este projeto refere-se a um estudo de caso com características descritivas, uma vez que busca descrever a percepção dos enfermeiros usuários da tecnologia sobre o processo de implantação do sistema ALERT® Manchester na Classificação de Risco do HOB. De acordo com Yin (1989), o estudo de caso consiste em uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo em um contexto da vida real, quando são utilizadas inúmeras fontes de evidências e não há nítida evidência entre o fenômeno e o contexto. Um estudo de caso de caráter descritivo descreve as características de certa população ou fenômenos (GIL, 2002).

O autor explica também que a pesquisa descritiva fundamenta-se na ideia de que a análise de uma unidade de determinado universo possibilita a compreensão de sua particularidade ou, pelo menos, o estabelecimento de bases para uma investigação posterior, mas sistemática e precisa (GIL, 2002). Portanto, exige do pesquisador uma série de informações sobre o que ele deseja estudar. Por essa razão, esta pesquisadora utilizou-se de questionário como principal técnica para o levantamento quantitativo dos dados.

### **3.1 Tipo e método da pesquisa**

O método a ser adotado na pesquisa foi o estudo de caso descritivo de caráter quantitativo, centrado em um único hospital. De acordo com Yin (2005), uma das aplicações do estudo de caso consiste em descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre, podendo ilustrar certos tópicos em uma avaliação, de uma maneira descritiva. A principal técnica adotada foi o levantamento de dados, por meio de questionário estruturado (YIN, 2005).

### **3.2 Unidade de análise e de observação**

Nesta pesquisa, a unidade de análise foi o setor de Classificação de Risco da Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Odilon Behrens, onde foi implantado o sistema ALERT® Manchester. Escolheu-se esse hospital público de ensino por ele ser a única instituição hospitalar municipal, sendo uma autarquia vinculada à Secretária Municipal de Saúde. Após sua fundação, este hospital destinava-se ao atendimento dos funcionários da prefeitura de Belo Horizonte. Passou, a partir de 1989, a integrar-se ao SUS. Nos seus andares, estão distribuídos 409 leitos, com capacidade de realizar, em média, 1.600 internações/mês. Conta com um quadro atual de 2.300 funcionários, que exercem suas atividades nas áreas assistenciais, administrativas e de apoio. Seu Pronto Socorro atende cerca de 500 pacientes/dia em urgências clínicas, traumáticas, odontológicas e de internação. Todos os atendimentos são realizados, inicialmente, na Classificação de Risco. O serviço de triagem com classificação de risco foi implantado no HOB em setembro de 2005, com recursos advindos da iniciativa financeira e operacional do Ministério da Saúde<sup>10</sup>.

A unidade de observação referiu-se às pessoas selecionadas para fornecer os dados necessários, constituindo-se em representantes de enfermeiros que atuam diretamente no setor de Classificação de Risco da Unidade de Pronto Atendimento do Hospital Municipal Odilon Behrens. Pressupôs-se neste estudo que esta categoria profissional representa o pilar de sustentação e operacionalização da triagem com classificação de risco. Tendo isso em mente, a unidade de observação foi composta por profissionais que trabalham na classificação de risco escalados em horário diurno e noturno, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

### **3.3 População**

A população deste estudo foi composta pelos 30 profissionais enfermeiros que são os responsáveis pela realização da Classificação de Risco na Unidade de Pronto Atendimento e que utilizam diretamente a tecnologia investigada como ferramenta

operacional de trabalho.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para a determinação do universo: atuar na classificação de risco e ter sido capacitado para manusear o software. Soma-se, ainda, o fato de o enfermeiro querer participar da pesquisa, em respeito aos preceitos éticos em pesquisa com seres humanos.

Durante a coleta de dados, foram descartados da amostra 4 respondentes: 2 encontravam-se em período de férias, 1 estava em licença médica e 1 não atendia a um dos critérios de inclusão, a saber: não foi capacitado para manusear o software. Desse modo, restaram para ser sujeitos da pesquisa 26 profissionais enfermeiros.

### **3.4 Coleta de dados**

Inicialmente, foi encaminhada à diretoria da unidade a solicitação da pesquisadora de participar do treinamento do software, com o objetivo de familiarizar-se com o instrumento, aprender a manuseá-lo e facilitar a compreensão do objetivo da pesquisa.

Após o treinamento, houve, no período entre 23/11 a 04/12/2009, a aplicação do questionário, anexado à escala principal apresentada no Apêndice A, com itens de levantamento sociodemográfico, contendo perguntas que visam conhecer o perfil dos respondentes em relação a: gênero, faixa etária, formação, tempo de formação, tempo de vínculo empregatício no hospital e na classificação de risco, tempo na classificação de risco ALERT<sup>®</sup>, participação do treinamento do software Manchester e opinião sobre o treinamento recebido.

Concomitantemente, foi aplicado um questionário composto de perguntas fechadas aos enfermeiros usuários da tecnologia do sistema ALERT<sup>®</sup> Manchester na Classificação de Risco, com o objetivo de diagnosticar níveis de resistência à

---

<sup>10</sup> Relatório de Gestão 2003-2007: **Conquistas e Desafios**. Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte, 2008

mudança, bem como a interferência de fatores individuais e situacionais neste processo. O modelo da Escala de Inovação Tecnológica foi fundamentado e adaptado do modelo validado por Chaves, Marques e Dias (2006). Apêndice E.

O questionário possui 27 questões, distribuídas em dimensões principais, de acordo com as fases do processo de resistência à mudança. Tendo como base o estudo de Chaves, Marques e Dias (2006), na “Escala de Inovação Tecnológica” as dimensões de análises são:

- a) Exposição à mudança ou inovação – trata-se de um estágio de grande relevância para o processo de percepção da mudança uma vez que 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, podendo apresentar variável grau de ambiguidade e confiabilidade.
- 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. É importante salientar que após a integração de todas as emoções e respostas cognitivas desencadeadas nesta etapa o indivíduo passa para o próximo estágio, no qual adotará determinado comportamento.
- c) Conclusão – Tendo como base o instrumento validado por Chaves, Marques e Dias (2006), 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. São tão ou mais importantes que o processo de percepção em si, uma vez que agem como moderadores de todos os estágios do processo de percepção da mudança, influenciando a forma como cada indivíduo estrutura a sua própria percepção da realidade (HERNANDEZ e CALDAS,



2001). Segundo as concepções de Chaves, Marques e Dias (2006), 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.

Os constructos utilizados para a operacionalização das dimensões discutidas estão apresentados no Anexo D.

A TAB . 3 representa os construtos que serão avaliados:

**Tabela 3 – Construtos da Escala de Inovação Tecnológica**

<b>Construto</b>	<b>Questão</b>
<b>Exposição à mudança ou inovação</b>	01
	02
	03
	04
	05
	06
	07
	08
<b>Resposta inicial</b>	09
	10
	11
	12
<b>Conclusão</b>	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
<b>Moderadores individuais</b>	20
	21
	22
	23
<b>Moderadores situacionais</b>	24
	25
	26
	27

Fonte: Chaves, Marques e Dias (2006).

O questionário é apresentado em formato de escala intervalar de concordância do tipo Likert de 5 (cinco) pontos. Os itens são apresentados como afirmativas, entre as quais se solicita ao pesquisado que escolha dentre os pontos da escala, assinalando-o em seguida. Cada ponto é associado a um valor numérico. Assim, o entrevistado obtém uma pontuação para cada afirmativa. Vale ressaltar que a escala

contém uma graduação que varia de 1 a 5 (1 = Discordo totalmente; 5 = Concordo totalmente). Optou-se na pesquisa pela escala de 5 pontos, por ser uma quantidade que não confunde os respondentes e porque pelo fato de que esse número é ou foi o mais utilizado em grandes partes das pesquisa sobre tecnologia de informação.

A aplicação dos questionários foi realizada pela pesquisadora e por dois voluntários, alunos de graduação em enfermagem. A equipe foi treinada e informada sobre o objetivo do projeto, a forma de aplicação do questionário e escala, a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções de trabalho e a postura pessoal durante a abordagem. Estes questionários foram aplicados durante os sete dias da semana, nos períodos diurno e noturno. Para tanto, foi feita uma escala de trabalho entre os voluntários e a pesquisadora, de acordo com sua disponibilidade, o que corroborou para a eficácia e eficiência do processo. Os questionários foram aplicados no horário de trabalho dos enfermeiros que preenchem os critérios de inclusão.

A coleta de dados foi realizada por intermédio de formulários impressos, repassados pessoalmente pela equipe da pesquisa escalada, que aguardou in loco o retorno das respostas. Durante esse período, foram feitos contatos regulares com os responsáveis do setor da unidade pesquisada e com os respondentes, com o objetivo de ter um bom acesso. Após a aplicação dos questionários, os dados foram armazenados em uma base de dados devidamente preparada para o tratamento e foi feito posteriormente mediante a utilização do programa do SPSS.

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do HOB para análise e parecer. Considerando os aspectos éticos e legais dispostos na Resolução 196/96, que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos, esclarece-se que esta pesquisa contou com dois consentimentos pós-informados. O primeiro destinou-se à Comissão de Ética e Pesquisa, em que se solicitou autorização para a realização do estudo na Instituição (Anexo A – Anexo B – Anexo C – Anexo D). O segundo direcionou-se aos participantes do estudo (Apêndice A – Apêndice B – Apêndice C – Apêndice D – Apêndice E) (BRASIL, 1996).

### 3.5 Tratamento e análise de dados

Foi realizada a codificação das diferentes perguntas (variáveis) do questionário no SPSS, de modo a inserir cada uma das variáveis e as suas respectivas características. Em seguida, foi realizado o cruzamento dos dados e, a partir dos resultados obtidos, procedeu-se a sua análise (SPSS, 2007). O tratamento dos dados da pesquisa se deu por meio de técnicas estatística bivariada.

Inicialmente, realizou-se a análise exploratória, com o objetivo de caracterizar a amostra dos informantes, sendo utilizadas distribuições de frequências para as variáveis demográficas, ocupacionais, e gráficos. Medidas descritivas (média, desvio-padrão, mediana e quartis) foram utilizadas para as questões referentes às medidas de resistência à mudança. Também, utilizaram-se medidas descritivas para cada dimensão da escala: inovação, resposta inicial, conclusão, moderados individuais e moderados situacionais.

Quanto à avaliação de diferença entre os escores referentes às dimensões de medidas de resistência à mudança, foi utilizado o teste não-paramétrico de Friedman. Este teste, indicado quando mais de duas situações em um mesmo indivíduo são comparadas, teve por objetivo verificar se algum dos escores medidos exercia maior impacto nos funcionários do hospital (TRIOLA, 1998).

Para a avaliação de diferenças entre as características demográficas e as dimensões de medida de resistência à mudança nos enfermeiros que realizam Classificação de Risco por meio do software ALERT® Manchester, foram utilizados testes não-paramétricos. Nesta avaliação, para as variáveis gênero, escolaridade, faixa etária, treinamento adequado e treinamento ALERT®, que possuem somente duas categorias, adotou-se o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*, para a comparação dos valores centrais entre as categorias. No teste de *Mann-Whitney*, a hipótese nula é a de que não há diferença entre as medianas das categorias. A hipótese alternativa é a de que existe diferença entre as medianas (TRIOLA, 1998).

Para avaliar diferenças entre as características demográficas e as questões do

questionário referente às medidas de resistência à mudança, também foram utilizados testes nãoparamétricos. Nesta avaliação, para as variáveis gênero, escolaridade, faixa etária, treinamento adequado e treinamento ALERT®, que possuem somente duas categorias, foi adotado o teste nãoparamétrico de *Mann-Whitney*, para a comparação dos valores centrais entre as categorias (TRIOLA, 1998).

Para verificar a magnitude e a direção da associação entre os fatores da resistência à mudança (inovação, resposta inicial, conclusão, moderados individuais e moderados situacionais) que estão em uma escala ordinal, utilizou-se a correlação de *Spearman* (TRIOLA, 1998). Os dados da pesquisa foram tratados mediante utilização do software estatístico SPSS® do Programa Estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0 (SPSS, 2007). Em todos os testes estatísticos utilizados foi considerado um nível de significância de 5%. Dessa forma, consideraram-se associações estatisticamente significativas aquelas cujo valor p foi inferior a 0,05.

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por finalidade apresentar e analisar os resultados da pesquisa, com base nos dados quantitativos.

### 4.1 Análise descritiva das variáveis demográficas e ocupacionais

Este item fornecerá os achados do estudo e realizará as análises à luz da teoria apresentada. Está dividido em:

- tempo de utilização do sistema;
- gênero;
- faixa etária;
- grau de escolaridade;
- tempo que faz a classificação de risco;
- tempo de vínculo empregatício;
- treinamento adequado.

Integra esta pesquisa uma amostra de 26 enfermeiros de um hospital, composta, segundo o tamanho, por 13 pessoas que utilizam o sistema ALERT® no trabalho há menos de 6 meses (50%) e por 13 pessoas que utilizam o sistema ALERT® há mais de 6 meses (50%). O GRAF 1 ilustra essa distribuição.

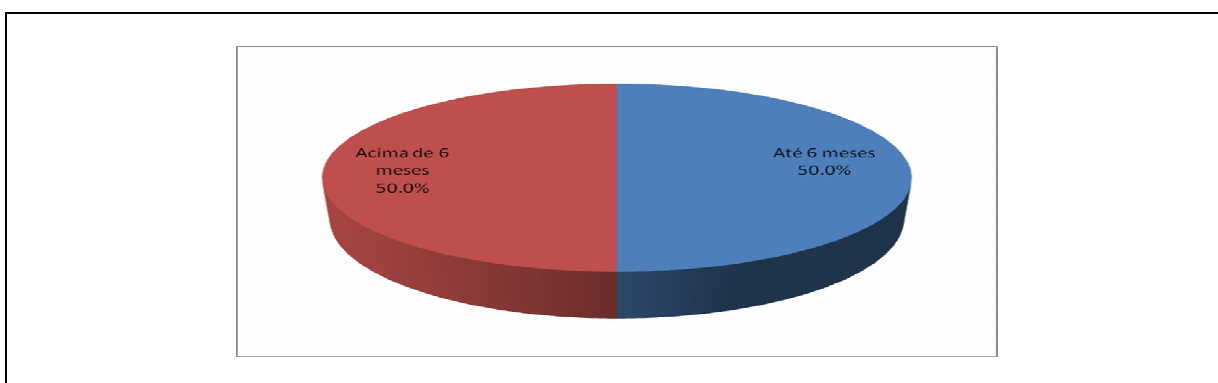


Gráfico 1 – Distribuição da amostra, segundo o tempo de utilização do sistema ALERT®  
Fonte: Dados coletados da pesquisa

## **Gênero**

Em relação ao gênero, 16 enfermeiros pesquisados pertencem ao sexo feminino (61,5%) e 10 pertencem ao sexo masculino (38,5%), o Gráfico 2 ilustra a distribuição do gênero.

De acordo com o GRAF 2 o gênero feminino constitui a maioria da amostra total.

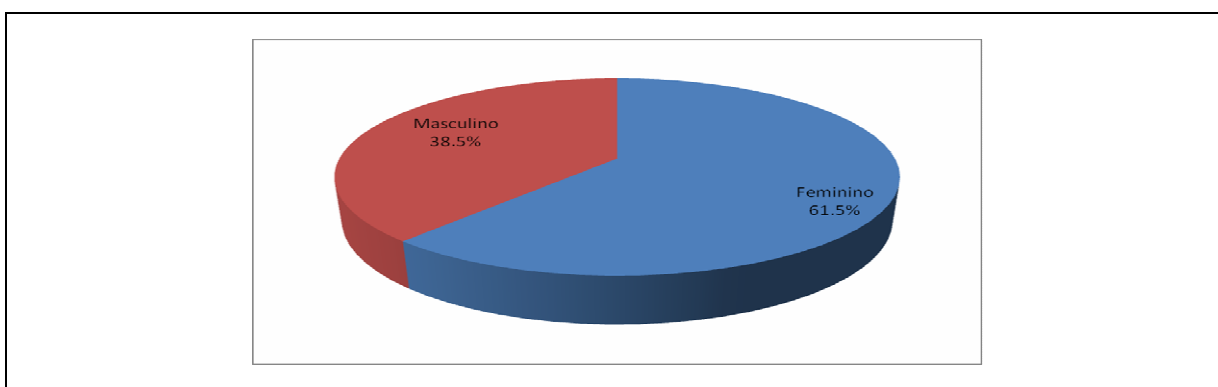


Gráfico 2 – Distribuição da amostra, segundo o gênero

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Essa informação pode ser verificada na literatura sobre o tema abordado por Capelle *et al.* (2004) quando tratam desta questão nos hospitais. Os autores citam que há neste ambiente algumas profissões assistenciais consideradas basicamente femininas, como a enfermagem, que é constituída majoritariamente por profissionais deste gênero. Comentam ainda, que a divisão dos gêneros e das formas de manifestação do poder está culturalmente presente e, muitas vezes, implícita no cotidiano do trabalho.

Em reflexões semelhantes, Judson (1980) comenta, que independente do gênero, a cultura nas instituições de saúde são sistemas socialmente constituídos de crenças, hábitos, valores e expectativas, especialmente, mesmo sendo um ambiente de urgência. Os trabalhadores de saúde naturalmente são passíveis de reações, manifestadas ou não, diante da implantação de novas tecnologias e são propulsores de mudança independente de grupos profissionais ou gênero, que, muitas vezes, são internalizados pelos indivíduos.

### **Faixa etária**

Este item fornecerá o perfil em relação à faixa etária da amostra estudada. É possível observar que 46,2% dos enfermeiros pesquisados têm idade acima de 31 anos. Do restante, 42,3% têm idade de 26 a 30 anos e 11,5% de 21 a 25 anos, conforme demonstrado no GRAF. 3

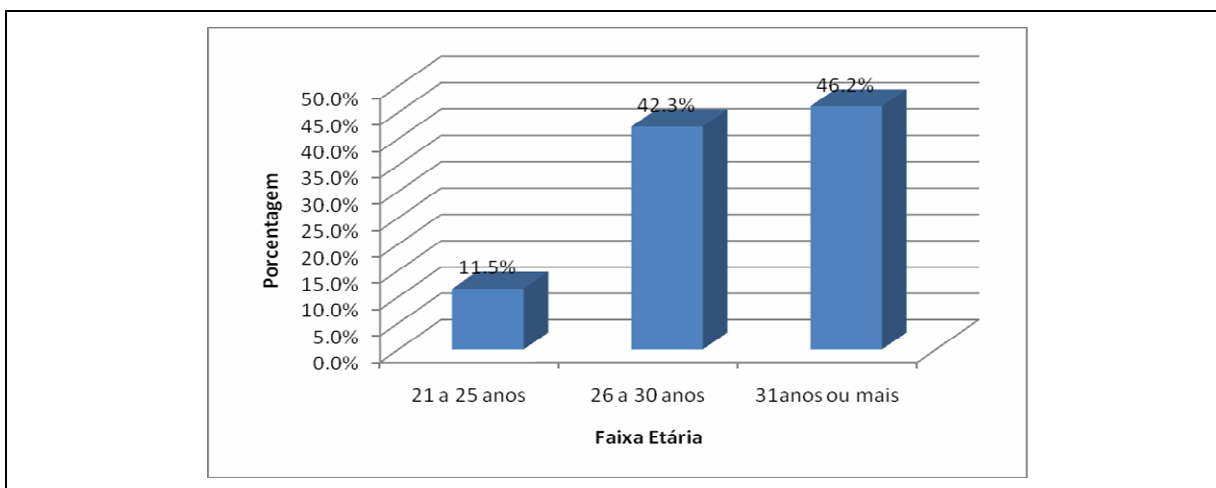


Gráfico 3 – Distribuição da amostra, segundo a faixa etária

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No item faixa etária, buscou-se inspiração em Bohrer e Vargas (2009) quando enfatiza que a sobrecarga advinda do acesso do serviços de urgência obrigou a uma reorganização dos processos de trabalho dos enfermeiros, independente da faixa etária desses profissionais que atendem na triagem. Desencadeou, também, um novo comportamento tanto nas relações dos profissionais de saúde com a população quanto no emprego de novas tecnologias. Dessa forma, as equipes multiprofissionais de saúde tiveram que adaptar-se com múltiplos fatores que configuram o sistema organizacional, dentre eles o acolhimento com classificação de risco e a era da informação.

### **Escolaridade**

Analisando os dados relativos ao grau de escolaridade representados no GRAF. 4, é relevante o fato de a metade (50%) possuir especialização completa. Uma pequena parte, 11,5%, possui titulação no nível de mestrado, finalizado ou em andamento. Observa-se que apenas 19,2% dos respondentes apresentam o curso superior

somente, enquanto que outros 80,8% buscam por capacitação.

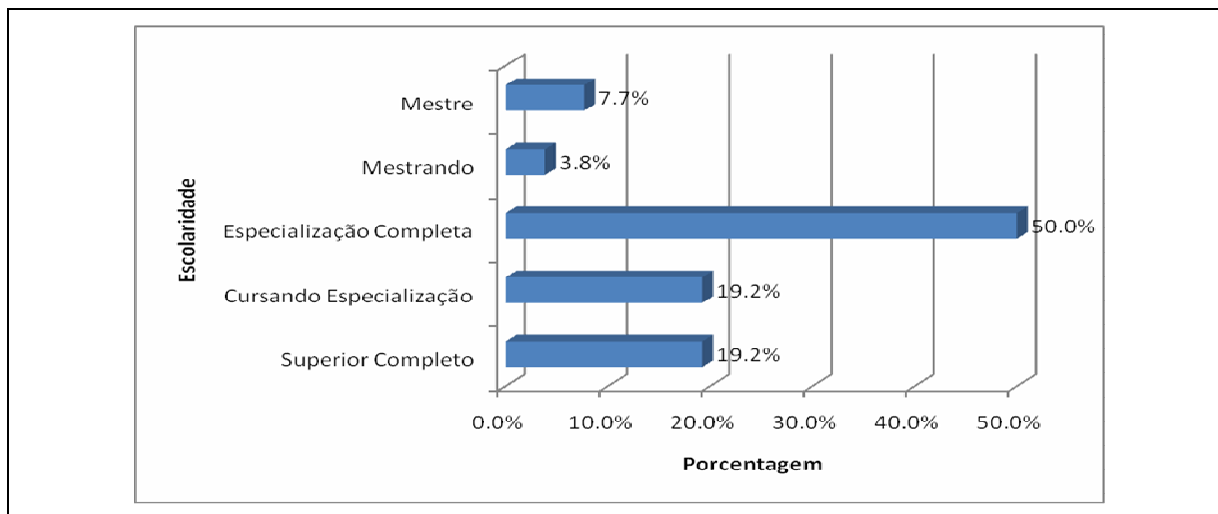


Gráfico 4 – Distribuição da amostra, segundo o grau de escolaridade

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Conforme explicitado por Gatti (2003), o perfil do trabalho a ser executado exige alto grau de competência técnica do profissional para que possa avaliar os pacientes em consonância com os protocolos estabelecidos. Isso exige que o profissional tenha qualificação para o exercício da tarefa no setor de urgência e emergência, cumprindo a determinação da Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída em 2003 (BRASIL, 2004).

É comum também no cotidiano prático profissional capacitar-se, pois de todo enfermeiro que deseja trabalhar na urgência é exigido experiência profissional e ter no mínimo, além do perfil adequado, habilidade e proeficiência necessária em urgência, por se tratar de uma área bastante específica no meio hospitalar. Vale ressaltar que 19,2% de profissionais possuem apenas o nível de formação em terceiro grau.

### ***Tempo que faz a classificação de risco***

Em relação ao tempo que faz a classificação de risco, pode-se dizer todos os enfermeiros amostrados (100%) estão fazendo a classificação há menos de 2 anos, como mostra a TAB. 4.



**Tabela 4 – Tempo de utilização da classificação de risco**

Tempo de serviço na Classificação de Risco	Casos	%
Até 2 anos	26	100.0
Total	26	100.0

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No momento de implantação do Alert®, em 2009, todos os enfermeiros respondentes do questionário já possuíam proficiência e subsídios técnicos para o trabalho realizado pela orientação de protocolos, conforme preconiza o COFEN (2002).

O conhecimento específico anterior ao evento pode ou não ter levado a melhores desempenhos que os anteriores; pode ou não ser consciente ou de maneira deliberada; e pode envolver atos e comportamentos explícitos ou implícitos, conforme mencionado por Pantoja e Borges-Andrade (2004). Concluem os autores que os indivíduos podem estar o tempo todo aprendendo.

Destaca-se aqui que desde 2005 o HOB implantou a triagem com classificação de risco em atendimento às diretrizes da PNH. Então, como foi implantado recentemente o novo modelo, na visualização da questão tempo, a implantação do Alert® não alterou muito a rotina de trabalho dos profissionais. Entretanto, no quesito tecnologia de informação teve importante impacto, pois passou de triagem manual para uma linguagem informatizada.

### ***Tempo de vínculo empregatício***

Em relação ao tempo de vínculo empregatício, pode-se dizer que todos os enfermeiros amostrados (100%) estão trabalhando na instituição há menos de 5 anos, conforme demonstrado na TAB. 5.

**Tabela 5 – Distribuição do tempo de vínculo empregatício**

Tempo de serviço na Classificação de Risco	Casos	%
Até 5 anos	26	100.0
Total	26	100.0

Fonte: Dados coletados da pesquisa

## Treinamento

Analisando os dados relativos a treinamento, representados no GRAF. 5, os resultados apontaram um fato relevante, pois observa-se que 50% dos respondentes amostrados consideraram o treinamento adequado, enquanto 46,2% o consideraram parcialmente adequado.

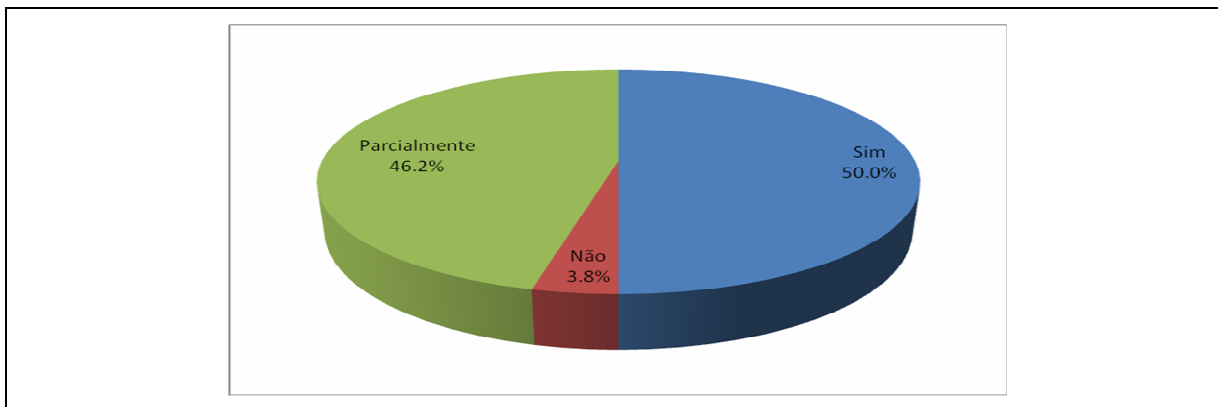


Gráfico 5 – Distribuição da amostra, segundo o treinamento adequado

Fonte: Dados coletados da pesquisa

De acordo com o Parecer 010/2007 do COREN-MG, a classificação de risco deve ser feita por profissional devidamente treinado, que esteja subsidiado pela existência de protocolos técnicos, usando a definição clara de sua competência.

O treinamento dispensado aos profissionais deve garantir a qualidade da prestação de serviços, que depende da habilidade dos profissionais em se relacionar com os usuários e também com o manuseio da ferramenta tecnológica (BOHER e VARGAS, 2009).

Shiroma (2008) tem discutido sobre a capacitação de enfermeiros para a classificação de risco, o que tem auxiliado vários profissionais a desenvolverem estudos sobre o tema e a refletirem sobre como estão sendo preparados.

Nesse contexto, remetendo-se aos achados do estudo e apoiando-se na teoria comentada, obtém-se a menção de que os controles oferecidos pelas novas tecnologias independem do nível de qualidade dessa ferramenta e do grau de treinamento oferecido. Eles poderão proporcionar uma garantia de que “os outros” realizarão suas atividades de acordo com as expectativas e contribuirão para reduzir

o risco de erros no planejamento e execução dos processos de trabalho diretamente ligado com os usuários (QUEIROZ, MOREIRA, 2007).

Considerando a representatividade da amostra pesquisada em termos demográficos e ocupacionais, traça-se seu o perfil: a maioria dos respondentes é constituída de mulheres, tem idade acima de 31 anos, apresenta nível de escolaridade de especialização completa, trabalha há menos de 5 anos na instituição e realiza classificação de risco há menos de 2 anos.

#### **4.2 Medidas de resistência à mudança**

Foram analisadas e comparadas as variáveis presentes no modelo proposto por Chaves, Marques e Dias (2006), correspondentes à parte II do questionário. Para efeito de apresentação, procurou-se agrupar estes indicadores em cinco fatores: *inovação*, *resposta inicial*, *conclusão*, *moderadores individuais* e *moderadores situacionais*.

Quanto aos fatores pertencentes à resistência à mudança e seus respectivos significados, destacam-se os seguintes:

- *Inovação* – resultante da combinação das questões II.1, II.2, II.3, II.4, II.5, II.6, II.7 e II.8 do questionário;
- *resposta inicial* – resultante da combinação das questões II.9, II.10, II.11 e II.12 do questionário;
- *Conclusão* – resultante da combinação das questões II.13, II.14, II.15, II.16, II.17, II.18 e II.19 do questionário;
- *Moderadores individuais* – resultante da combinação das questões II.20, II.21, II.22 e II.23 do questionário. Para a criação deste fator, foi necessário fazer a inversão das respostas dos respondentes com relação à questão II.22.
- *Moderadores situacionais* – resultante da combinação das questões II.24, II.25, II.26 e II.27 do questionário.

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 para a seção 2 do questionário, dados correspondentes às questões sobre as resistências a mudanças que o enfermeiro estabelece com a instituição, considerou-se como escore médio ou mediana o valor de 3,0. Assim, uma vez que o grau de concordância nesta escala gradua-se de Discordo totalmente a Concordo totalmente, significa dizer que as variáveis que apresentarem escores acima de 3,0 indicam uma situação de concordância; abaixo de 3,0, uma situação de discordância; e igual a este valor, uma situação de concordância. Para sintetizar as informações de cada pergunta, utilizaram-se a média e a mediana como medida de tendência central. Para a medida de dispersão, utilizou-se o intervalo interquartil ( $P_{25}$  e  $P_{75}$ ) e desvio-padrão. A TAB. 6 mostra os resultados dos fatores da resistência à mudança que o enfermeiro estabelece com a instituição.

**Tabela 6 – Caracterização da amostra, total segundo os fatores da resistência à mudança**

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

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Na TAB. 6, no que diz respeito aos fatores da resistência à mudança em relação à amostra total, 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.

Com base no exposto, ressalta-se que o fator *inovação* consiste no contato inicial sobre as informações de intenção de mudança, podendo acarretar um variável grau de ambiguidade e de confiabilidade. Na *resposta inicial*, o indivíduo pode apresentar uma atitude de aceitação, rejeição ou indecisão em relação às características da mudança. O fator *conclusão* é importante, na medida em que o indivíduo pode não

conseguir perceber se a mudança é boa ou ruim (CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006).

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. 6). 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, considerando o contexto institucional (HERNANDEZ e CALDAS, 2001).

Queiroz e Moreira (2007) comentam em seus estudos que em ambientes com grau de complexidade social e técnica elevada 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. 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 e MOREIRA, 2007).

Com este olhar, é possível perceber que em instituições em que os processos de reorganização do trabalho se mobilizam em torno da organização do cuidado observa-se que o comportamento de alguns profissionais é devido à dificuldade de conviver e enfrentar a implantação de novos modelos institucionais.

Entre os entrevistados, em uma análise comparativa dos fatores da resistência à mudança, verificou-se a existência de diferenças significativas quanto aos fatores da resistência à mudança, pois o teste apresentou um valor-p de 0,000\*\*. Os fatores *inovação*, *resposta inicial* e *conclusão* apresentaram valores superiores aos moderadores individuais e situacionais, conforme pode ser visualizado na TAB. 7

**Tabela 7 – Avaliação dos escores referentes aos fatores da resistência à mudança**

Fator	Resultados		
	Escore	P-valor	Conclusão
Inovação (1º)	3.23	<b>0.000**</b>	1º = 2º = 3º > 4º = 5º
Resposta inicial (2º)	3.65		
Conclusão (3º)	3.41		
Moderadores individuais (4º)	2.28		
Moderadores situacionais (5º)	2.48		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Friedman*

- Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.
- Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99,0%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95,0%).

A seguir, são apresentados os resultados dos indicadores de cada fator em relação à resistência à mudança dos enfermeiros da instituição. Para sintetizar as informações de cada indicador, utilizaram-se a média e a mediana como medida de tendência central. Para as medidas de dispersão, utilizaram-se o desvio-padrão e intervalo interquartil ( $P_{25}$  e  $P_{75}$ ). As Tabelas 8, 9, 10, 11 e 12 mostram os resultados dos fatores *inovação*, *resposta inicial*, *conclusão*, *moderadores individuais* e *moderadores situacionais*, respectivamente.

### **Inovação**

**Tabela 8 – Caracterização da amostra total segundo o fator inovação**

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
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

Continua

					Conclusão
Indicadores	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75
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

Fonte: Dados coletados da pesquisa

No que diz respeito às variáveis em relação ao fator *inovação* para a amostra total, 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. 8).

Com base na análise da TAB. 8, 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, nestes 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 ou se há mecanismos formais para a transmissão e assimilação das informações geradas. Estudos apontam que fontes formais podem ser entendidas como canais de comunicação estabelecidos pela instituição com o objetivo de transmitir informações referentes ao trabalho, apresentadas nas formas escrita e visual. A fonte informal é o canal de comunicação estabelecido informalmente entre os profissionais da instituição e podem conter

tanto notícias verdadeiras como rumores, que podem desencadear a insegurança, ansiedade e ambiguidade de informações consideradas importantes para os funcionários (CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006).

De acordo com os autores estudados, Moura (2002) e Motta (1998), a comunicação interna tem papel fundamental no planejamento organizacional. O desafio consiste em fazer com que as informações sejam transmitidas para a pessoa certa, no momento certo, com a definição clara de responsabilidade e autoridade, para que produzam atitudes de colaboração. Se as informações não forem claramente passadas a ela pela organização, a situação de incerteza pode gerar conflitos para os funcionários (CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006).

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.



**Tabela 9 – Caracterização da amostra total segundo o fator resposta inicial**

Indicadores	Medidas Descritivas				
	Média	Desvio- Padrão	P25	Median a	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

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Com base na análise individual feita com os dados obtidos na TAB. 9 e valor da mediana (3,75) referente a *resposta inicial* da TAB. 6 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, pois esta caracteriza-se pela atitude de indecisão mediante as implicações da mudança e motiva o indivíduo a buscar informações adicionais sobre a inovação proposta (CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006).

Aliando-se o fator indecisão à implantação de nova tecnologia de informação, a literatura mostra que para realizar uma mudança múltiplos fatores corroboram com o resultado, dentre eles, os valores, as crenças e a disposição individual e coletiva para mudar. Também é importante a identidade do sujeito com a instituição a que pertence, que estabelece o grau de pertencimento individual, que favorece ou não o julgamento de riscos e benefícios, tanto para o trabalhador de saúde quanto para o usuário (SHIROMA, 2008).

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. A

operacionalização da ferramenta implantada trata-se de um processo de grande responsabilidade e exige a combinação de destreza e habilidade dos enfermeiros que trabalham com a Classificação de Risco de Manchester, conforme preconizado por Gatti (2003). Neste sentido, a capacitação desses profissionais deverá ser criteriosamente planejada e estruturada de forma a não deixar lacunas de conhecimento no que diz respeito à forma de utilização do software. Isso não pode ser observado nesta pesquisa, pois os dados apontaram deficiência no treinamento recebido.

Os resultados desta etapa são elementos relevantes na pesquisa uma vez que permitem avaliar o processo de mudança no cotidiano de implantação da tecnologia de Classificação de Risco. Pela observação dos dados, pode-se verificar que a frequência de respostas aponta para uma atuação profissional embasada em princípios éticos e legais que normatizam o setor saúde, agregado aos profissionais. Como elemento relevante apontado neste estudo o interesse em buscar mais informações sobre essa TI pode ser supostamente entendido que o maior comprometimento dos enfermeiros é prestar assistência integral aos pacientes.

O conhecimento deve ser buscado pelo próprio profissional, devendo basear-se na observação e na necessidade do cotidiano, alcançando eficácia e proficiência, porquanto a aprendizagem exige a interação do trabalhador no seu ambiente interno de trabalho.

### **Conclusão**

**Tabela 10 – Caracterização da amostra total segundo o fator conclusão**

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

Indicadores	Medidas Descritivas					Conclusão
	Média	Desvio-Padrão	P25	Mediana	P75	
	14. Você divulgou espontaneamente os benefícios da mudança na sua área de trabalho.	3.77	1.032	3.00	4.00	
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 como 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	

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Conforme a TAB; 10, 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*.

Tratando-se da variável *conclusão*, os dados, mostram que os respondentes tiveram como comportamentos finais a aceitação, identificado na TAB. 10 pela mediana superior a 3,0, o que significa dizer que a partir da integração das informações o indivíduo manifestou uma reação de colaboração com a implementação da mudança de maneira passiva. Outro resultado encontrado no fator *conclusão* foi o comportamento de indecisão (questão II.18), que pode ser identificado quando o indivíduo não consegue se posicionar em relação ao processo de mudança, havendo momentos em que ele poderá apoiar ou rejeitar tal processo de inovação (CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006).

Tendo em vista os resultados apresentados, vale salientar que as abordagens focam o desafio de compreender a interação entre tecnologia e as organizações hospitalares, que são, às vezes, mutantes e contínuas. A natureza dual da tecnologia sugere sua percepção como produto e processo de estruturação de

tarefas. Como se tornou necessária em uma organização em resposta às demandas da era contemporânea, a tecnologia envolve o comportamento dos indivíduos com as estruturas organizacionais. Dessa forma, é importante comentar que em qualquer dimensão o indivíduo pode reavaliar os atributos e possíveis consequências 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), utilizado neste estudo.

O resultado de indecisão diante de um processo de inovação corrobora com o referencial apresentado por Motta (1998) quando este comenta que “os funcionários procuram arenar-se contra danos potenciais aos interesses e surgem as incongruências ou discrepâncias entre os objetivos organizacionais e os interesses e valores individuais” (p. 195). Nesta questão, Motta menciona que as pessoas reagem não só de forma ativa, mas também mostra apatia ou indiferença.

Um dos grandes desafios a essa questão é a desalienação dos profissionais da saúde, que, muitas vezes, variam entre apatia, burocracia e corporativismo. Juntamente, o desinteresse, o agir mecânico e o descompromisso, conforme enfatizado por Campos (1994). Na avaliação geral desse item, aponta-se para uma situação de apoio, concordância e aceitação da mudança da TI, como pode ser observado, contrariando Queiroz e Moreira (2007), que mencionam que os objetivos da tecnologia de informação são aumentar a automação e ampliar a divisão e o controle do trabalho. Como preconizado pelos autores, pode-se verificar que nesses ambientes específicos de trabalho há um sentimento de resistência natural dos indivíduos em relação aos procedimentos impostos pelas novas tecnologias, independente do tempo de manuseio do protocolo.

### ***Moderadores individuais***

**Tabela 11 – Caracterização da amostra total segundo o fator moderadores individual.**

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

Continua

					<b>Conclusão</b>
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

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: O resultado da questão II.22 foi invertido.

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. 11). Com exceção da questão II.22, que apresentou uma situação intermediária entre discordância e concordância por parte dos informantes (mediana igual a 3,00).

Os *moderadores individuais* são uma das características que influenciam a cognição do indivíduo quando relacionada à determinada realidade. A partir da análise da TAB. 11, identificou-se que os respondentes não reconheceram a ameaça ao convívio social com a implantação da tecnologia de Classificação de Risco. Esse resultado tem embasamento no discurso de Almeida e Coelho (2000) quando mencionam que tecnologias de informação estão mudando o perfil das organizações hospitalares. A implementação de TI sempre será feita com alguma dificuldade, pois trata-se de um processo que causa impactos organizacionais de âmbito geral para as pessoas e para instituição. 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 e COELHO, 2000).

Os resultados apontaram que os indivíduos manifestaram uma possível dificuldade de reconhecer a necessidade de mudança. Então, eles acreditam que a situação no atual momento está boa e que não há necessidade de mudança. Vale ressaltar que a percepção da mudança pode variar conforme as etapas da mudança e estão simultaneamente associadas ao efeito no comportamento dos indivíduos (CHAVES,

MARQUES e 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 e BORGES-ANDRADE, 2002).

### ***Moderadores situacionais***

**Tabela 12 – Caracterização da amostra total segundo o fator 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

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. 12).

Os *moderadores situacionais* são considerados como outras características que influenciam a cognição do indivíduo quando relacionada a determinado contexto. Com base nos resultados da TAB. 12, foi possível identificar que os respondentes acreditam não haver uma tendência de inércia do grupo de forma a pressionar a equipe para exercer as tarefas de determinadas maneiras com o intuito de limitar a mudança comportamental do indivíduo. Além disso, os resultados apontaram que 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 (CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006).

Compreender que as rotinas, as estruturas organizacionais e as formas de reação à mudança podem ser um diferencial é um caminho para iniciação às futuras transformações. Além disso, importante também é pressupor o indivíduo no centro do processo, em uma relação de influência que ele exerce no coletivo, e vice-versa. Dessa forma, vale lembrar que durante o processo de implantação de uma nova tecnologia no HOB deve-se atentar para as suas implicações em relação aos indivíduos que irão utilizá-la, de forma a evitar que influências externas, ruídos de comunicação, comunicação de linguagem eletrônica, mudanças de nível estrutural e limitação do tempo para os atendimentos, dentre outras, interfiram na formação de opinião e no comportamento dos profissionais durante este processo.

Para Cavalcante (2008), a informatização das instituições de saúde no Brasil é algo incipiente. Os profissionais assistenciais ainda não estão aptos a operar com este tipo de tecnologia como instrumento de trabalho. O desconhecimento e a falta dessa habilidade podem ser considerados fatores preponderantes para o desencadeamento de resistência entre os profissionais de saúde, inclusive os da enfermagem.

É importante salientar que quando mudanças ocorrem o indivíduo é obrigado a confrontar o fato com as suas velhas concepções, que podem não se ajustar completamente à realidade, surgindo dissonância entre o passado e o presente. Apesar de irracional, a resistência à mudança que ocorre nesses casos é um meio de defesa da autoestima, autonomia e competência (MOTTA, 1998). Muitas vezes, o processo de condução de uma mudança organizacional é incerto, descontínuo e conflitivo e seria bem mais fácil realizar um trabalho de mudança se as pessoas se manifestassem sempre favoráveis a aceitá-la.

Essa 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). A percepção humana a respeito das mudanças e as suas reações a essa, reativas e proativas, tornam-se, assim, variáveis intervenientes no seu resultado (MOTTA, 1998).

### 4.3 Análise bivariada

#### 4.3.1 Fatores de resistência à mudança

Nesta seção, será apresentada a análise comparativa entre as dimensões da “Escala de Inovação Tecnológica” e as variáveis demográficas e ocupacionais desta pesquisa, com o intuito de identificar a correlação entre elas.

A TAB. 13 refere-se ao resultado dos níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias do gênero.

**Tabela 13 – Avaliação dos escores referentes aos fatores de resistência à mudança por gênero.**

Fatores	Gênero	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Inovação	Masculino	3.50	0.268	Masc.=Fem.
	Feminino	2.87		
Resposta inicial	Masculino	3.87	0.616	Masc.=Fem.
	Feminino	3.62		
Conclusão	Masculino	3.21	0.444	Masc.=Fem.
	Feminino	3.64		
Moderados individuais	Masculino	2.00	1.00	Masc.=Fem.
	Feminino	2.12		
Moderados situacionais	Masculino	2.50	0.958	Masc.=Fem.
	Feminino	2.50		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas:– As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Mann-Witney*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0.05\* (nível de confiança de 95%)

Em uma análise comparativa entre as duas categorias do gênero quanto aos fatores de resistência à mudança, conforme observa-se na TAB. 13, não existe diferença significativa de escores dos fatores de resistência à mudança entre os gêneros, pois o valor-p encontrado foi superior que 10% em todas as situações.



A TAB. 14 mostra o resultado dos níveis médios dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias da faixa etária.

**Tabela 14 – Níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias da faixa etária.**

Fatores	Faixa Etária	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Inovação	Até 30 anos	3.56	0.625	Todos iguais
	Acima de 31 anos	3.06		
Resposta inicial	Até 30 anos	3.75	0.487	Todos iguais
	Acima de 31 anos	3.62		
Conclusão	Até 30 anos	3.57	0.897	Todos iguais
	Acima de 31 anos	3.42		
Moderados individuais	Até 30 anos	2.12	0.554	Todos iguais
	Acima de 31 anos	2.00		
Moderados situacionais	Até 30 anos	2.50	0.471	Todos iguais
	Acima de 31 anos	2.37		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas:– As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Mann-Witney*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95%)

A partir da análise dos grupos de faixa etária quanto aos fatores de resistência à mudança, conforme a TAB. 14, não existe diferença significativa de escores dos fatores de resistência à mudança entre as faixas etárias, pois o valor-p encontrado foi superior que 10% em todas as situações.

A TAB. 15 aponta o resultado dos níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias da escolaridade.

**Tabela 15 – 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	<b>0.019*</b>	Super. > Mest/ Espec.
	Mestrado/Especialização	2.75		
Resposta inicial	Superior Completo	4.00	<b>0.032*</b>	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		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas:– As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Mann-Witney*.

- Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.
- Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95%)

Analisando os dados relativos à escolaridade representados na TAB. 15, observa-se que dois fatores de resistência à mudança (inovação e resposta inicial) revelaram diferença significativa entre os escores das categorias de escolaridade ( $p < 0.05$ ). 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. Constatou-se também que os demais fatores não revelaram nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os escores da escolaridade.

É importante ressaltar que em qualquer grupo dentro de uma organização os indivíduos apresentarão percepções distintas sobre o processo de mudança, decorrentes tanto de estímulos exteriores, originados pelo ambiente, quanto de estímulos interiores, originados das características próprias de cada indivíduo e de suas experiências anteriores (HERNANDEZ e CALDAS, 2001; CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006). 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 e DIAS, 2006).

Em relação aos dados apresentados neste estudo, uma contribuição importante vem de Carapinheiro (1993), ao mencionar que muitos dos conflitos em instituições hospitalares decorrem da disputa entre os profissionais ou equipes que almejam o maior controle possível dos recursos para executar seu trabalho. Contudo, pode-se dizer que qualquer modelo de gestão de pretensão democrática assentado na ideia da criação de sujeitos coletivos deve ocupar-se do desmonte não apenas das linhas verticais de mando, como também dessa verdadeira trama de relações de poder que se tece em todas as direções, sem correspondência necessária na hierarquia formal, principalmente ao nível da equipe.

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. Dessa forma, o aprendizado durante a realização de um cuidado terapêutico ou em contato com outros profissionais na triagem ou em interação com uma nova tecnologia pode ou não ser transferido para outros contextos ocupacionais e institucionais, desde que se queira difundir seus conhecimentos.

A TAB. 16 mostra o resultado dos níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias do tempo de treinamento adequado. Nesta tabela, foi excluída a categoria “Não”, pois apenas um caso constava nesta categoria.

**Tabela 16 – Níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias do tempo de treinamento adequado.**

Fatores	Treinamento Adequado	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Inovação	Parcialmente	3.31	0.301	Todos iguais
	Sim	3.37		
Resposta inicial	Parcialmente	3.87	0.513	Todos iguais
	Sim	3.50		
Conclusão	Parcialmente	3.35	0.605	Todos iguais
	Sim	3.57		
Moderados individuais	Parcialmente	2.12	1.00	Todos iguais
	Sim	2.00		
Moderados situacionais	Parcialmente	2.50	0.744	Todos iguais
	Sim	2.50		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas:– As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Kruskal Wallis*

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95%)

Comparando-se os grupos de treinamento adequado quanto aos fatores de resistência à mudança, conforme se observa na TAB. 16, não existe diferença

estatisticamente significativa de escores dos fatores de resistência à mudança entre os treinamentos adequado, pois o valor-p encontrado foi superior que 10% em todas as situações.

A TAB. 17 aponta o resultado dos níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias do tempo de uso do sistema ALERT®.

**Tabela 17 – Níveis médio dos fatores de resistência à mudança entre as duas categorias do tempo de uso do sistema ALERT®.**

Continua				
Fatores	Tempo ALERT®	Resultados		
		Escore	P-valor	Conclusão
Inovação	Até 6 meses	3.25	0.979	Todos iguais
	Acima de 6 meses	3.50		
Resposta inicial	Até 6 meses	3.75	0.608	Todos iguais
	Acima de 6 meses	3.75		
Fatores	Tempo ALERT®	Escore	P-valor	Resultados Conclusão
Conclusão	Até 6 meses	3.71	0.411	Todos iguais
	Acima de 6 meses	3.42		
Moderados individuais	Até 6 meses	2.00	0.521	Todos iguais
	Acima de 6 meses	2.00		
Moderados situacionais	Até 6 meses	2.50	0.959	Todos iguais
	Acima de 6 meses	2.50		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas:– As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Mann-Witney*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95%)

Analisando os dados relativos ao tempo de uso do sistema ALERT® quanto aos fatores de resistência à mudança, representados na TAB. 17, observa-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre eles, pois o valor-p encontrado foi superior que 10% em todas as situações. Em síntese, as análises realizadas nos itens ilustrados nas tabelas de 13 a 17 não possibilitaram reflexões, pois não revelaram diferenças consideradas estatisticamente significativas entre os fatores.

Em exceção, a TAB. 15 tratou das diferentes categorias de escolaridade em relação ao tema estudado. Neste item, é relevante mencionar sobre a necessidade intrínseca de o profissional avaliar suas competências, atuar politicamente, sempre

atento às transformações das tecnologias de informação, sendo receptivo a elas, e desenvolver principalmente a sua criatividade, pois dessa forma conseguirá adaptar-se às novas demandas informacionais do mercado de trabalho.

### 4.3.2 Indicadores de resistência à mudança

Nesta seção, será apresentada a análise comparativa entre os indicadores de resistência à mudança e as variáveis treinamento, faixa etária e escolaridade.

Em uma análise comparativa entre as duas categorias do treinamento adequado quanto aos indicadores de resistência à mudança, conforme observa-se na TAB. 18, existe diferença significativa de escores no indicador da questão II.10 entre os treinamentos adequados, pois o valor-p encontrado foi inferior que 5% nesta questão. Pode-se dizer que o grupo que considera o treinamento parcialmente adequado mostrou maior interesse em buscar informação adicionais sobre a mudança do que o grupo que considera o treinamento adequado.

**Tabela 18 – Avaliação dos escores referentes aos indicadores de resistência à mudança por treinamento adequado.**

Fator	Indicadores	Treinamento Adequado	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Resposta Inicial	10. Apesar de ter aceitado prontamente a mudança, você sentiu necessidade de buscar mais informações sobre ela para decidir como se comportar.	Sim	4.00	<b>0.018*</b>	Parcial. > Sim
		Parcialmente	5.00		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Mann-Witney*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95%)

A partir da análise da TAB. 18, pode-se dizer que o resultado obtido vai ao encontro das concepções de Chaves, Marques e Dias (2006) no que diz respeito a etapa conhecida como “processamento estendido”. Esta etapa consiste na avaliação mais detalhada da mudança, por meio da coleta de informações adicionais ela, com o intuito de diminuir as possíveis inconsistências entre as atitudes individuais e o

processo de mudança.

A TAB. 19 mostra o resultado dos níveis médio dos indicadores de resistência à mudança entre as duas categorias da faixa etária.

**Tabela 19 – Níveis médio dos indicadores de resistência à mudança entre as duas categorias da faixa etária.**

Fator	Indicadores	Faixa Etária	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Moderados Situacionais	25. Durante a mudança na Classificação Risco, seu grupo de trabalho o pressionou para continuar realizando o seu trabalho da maneira antiga.	Até 30 anos (1º)	3.00	<b>0.05*</b>	1º > 2º
		Acima de 31 anos (2º)	1.00		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Mann-Witney*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95%)

Comparando os grupos de faixa etária quanto aos indicadores de resistência à mudança, conforme representado na TAB. 19, existe diferença significativa de escores no indicador da questão II.25 entre as faixas etárias, pois o valor-p encontrado foi inferior que 5% nesta questão. Com base neste resultado, pode-se dizer que os enfermeiros com idade até 30 anos mostraram concordar mais com a pressão do grupo em continuar realizando o trabalho da maneira antiga no hospital do que os enfermeiros com idade acima de 31 anos.

Diante dos resultados obtidos na TAB. 19, é importante salientar que, segundo Chaves, Marques e Dias (2006), as atitudes são uma predisposição a agir de forma positiva, negativa ou neutra em relação a um estímulo. Neste contexto, o comportamento adotado pelos indivíduos depende de diversos fatores, dentre eles as normas estabelecidas entre as equipes de trabalho e experiências profissionais anteriores. No caso de profissionais com idade acima de 31 anos, acredita-se que esses fatores possam exercer influência diferenciada em decorrência do maior tempo de experiência profissional e convívio com grupos de trabalho.

A TAB. 20 mostra o resultado dos níveis médio dos indicadores de resistência à mudança entre as duas categorias da escolaridade.

**Tabela 20 – Níveis médio dos indicadores de resistência à mudança entre as duas categorias da escolaridade**

Fator	Indicadores	Escolaridade	Resultados		
			Escore	P-valor	Conclusão
Inovação	1. O ALERT® te ofereceu informações a respeito da mudança de Protocolo de Classificação de Risco através da INTRANET.	Superior Completo	4.00	<b>0.028*</b>	Super > Espec./Mestr
		Especial./Mestr.	3.00		
	5. Seus colegas te transmitiram as informações sobre a mudança na Classificação de Risco.	Superior Completo	4.00	<b>0.032*</b>	Super > Espec./Mestr
		Especial./Mestr.	3.50		
	6. As informações a respeito da mudança transmitidas pelos seus colegas sobre o ALERT® foram suficientes para esclarecer as suas dúvidas sobre a mudança.	Superior Completo	4.00	<b>0.037*</b>	Super > Espec./Mestr
		Especial./Mestr.	2.00		
Resposta Inicial	12. Você considerou a mudança na Classificação de Risco parcialmente aceitável e se sentiu estimulado a buscar mais informações sobre ela.	Superior Completo	5.00	<b>0.028*</b>	Super > Espec./Mestr
		Especial./Mestr.	4.00		
Conclusão	16. Você aceitou os preceitos da mudança como bons para o futuro da Classificação de Risco.	Superior Completo	5.00	<b>0.048*</b>	Super > Espec./Mestr
		Especial./Mestr.	4.00		

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se ao teste de *Mann-Witney*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95%)

Comparando-se os grupos de escolaridade quanto aos indicadores de resistência à mudança, conforme apresentado na TAB. 20, existe diferença significativa de escores nos indicadores das questões II.1, II.5, II.6, II.12, e II.16 entre as faixas etárias, pois o valor-p encontrado foi inferior que 5% nessas questões. Com base nos resultados obtidos, pode-se dizer que é mais provável um enfermeiro com nível de especialização ou mestrado apresentar uma menor concordância com estes indicadores citados anteriormente do que os enfermeiros com apenas graduação completa.

Vale ressaltar que os resultados da TAB. 18 estão em consonância com os resultados obtidos na TAB. 15. Desta forma, é possível dizer que a menor concordância com os indicadores das questões supracitadas entre os profissionais com nível de especialização e mestrado pode estar associada à tendência de grupos com maior escolaridade apresentarem um pensamento crítico mais apurado da realidade (CHAVES, MARQUES e DIAS, 2006).

### 4.3.3 Análise de correlação entre os fatores

Para verificar a magnitude e a direção da associação entre os fatores da resistência à mudança (*inovação, resposta inicial, conclusão, moderadores individuais e moderadores situacionais*) que estão em uma escala ordinal, foi utilizado a correlação de *Spearman*. Os resultados estão apresentados nas Tabelas 21, 22, 23, 24 e 25.

**Tabela 21 – Correlação entre o fator inovação e os fatores de resistência à mudança**

Spearman	Inovação x Fatores			
	Resposta Inicial	Conclusão	Moderadores Individuais	Moderadores Situacionais
Correlação	0.548	0.258	0.245	0.045
P-valor	<b>0.004**</b>	0.202	0.227	0.828

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se a correlação de *Spearman*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99,0%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95,0%).

Constata-se pela TAB. 21 que apenas a correlação do fator *resposta inicial* calculada em relação ao fator *inovação* apresentou um nível de significância menor que 5%. De modo geral, a magnitude da correlação entre o fator *resposta inicial* e o fator *inovação*, descrita na TAB. 21, é classificada como *moderada* e sua direção é positiva – ou seja, se o fator *resposta inicial* apresenta um nível alto de concordância, espera-se que o fator *Inovação* também apresente um nível alto de concordância.



**Tabela 22 – Correlação entre o fator resposta inicial e os fatores de resistência à mudança**

Spearman	Resposta Inicial x Fatores			
	Inovação	Conclusão	Moderadores Individuais	Moderadores Situacionais
Correlação	0.548	0.089	0.179	0.031
P-valor	<b>0.004**</b>	0.664	0.382	0.882

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Nota: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se a correlação de *Spearman*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99,0%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95,0%).

Com base na análise da TAB. 22, constata-se que apenas a correlação do fator *Inovação* calculada em relação ao fator *resposta inicial* apresentou nível de significância menor que 5%. De modo geral, a magnitude da correlação entre o fator *resposta inicial* e o fator *inovação*, apresentado na TAB. 22, é classificada como *moderada* e sua direção é positiva. Isso significa que se o fator *resposta inicial* apresenta nível alto de concordância, espera-se que o fator *inovação* também apresente um nível alto de concordância.

**Tabela 23 – Correlação entre o fator conclusão e os fatores de resistência à mudança**

Spearman	Conclusão x Fatores			
	Resposta Inicial	Inovação	Moderadores Individuais	Moderadores Situacionais
Correlação	0.089	0.258	0.500	0.390
P-valor	0.664	0.202	<b>0.009**</b>	<b>0.049*</b>

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se a correlação de *Spearman*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99,0%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95,0%).

Constata-se pela TAB. 23 que duas correlações dos fatores de resistência à mudança calculadas em relação ao fator *conclusão* apresentaram nível de significância menor que 5%. De modo geral, a magnitude das correlações entre os dois fatores de resistência à mudança (*moderadores individuais* e *moderadores situacionais*) e o fator *conclusão* que se observa na TAB. 23 é classificada como *moderado* – ou seja, se os fatores *moderadores individuais* ou *moderadores situacionais* apresentarem um nível alto de concordância, espera-se que o fator

*conclusão* também apresente nível alto de concordância.

**Tabela 24 – Correlação entre o fator moderados individuais e os fatores de resistência à mudança**

Spearman	Moderadores Individuais x Fatores			
	Resposta Inicial	Conclusão	Inovação	Moderadores Situacionais
Correlação	0.255	0.500	0.137	0.560
P-valor	0.208	<b>0.009**</b>	0.503	<b>0.003**</b>

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se a correlação de *Spearman*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99,0%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95,0%).

A partir da análise da TAB. 24, observa-se que duas correlações dos fatores de resistência à mudança calculadas em relação ao fator *moderadores individuais* apresentaram nível de significância menor que 5%. De modo geral, a magnitude das correlações entre os dois fatores de resistência à mudança (*conclusão* e *moderadores situacionais*) e o fator *moderadores individuais*, observado na TAB. 24, é classificada como *moderado* – ou seja, se os fatores *conclusão* ou *moderadores situacionais* apresentarem um nível alto de concordância, espera-se que o fator *moderadores individuais* também apresente um nível alto de concordância.

**Tabela 25 – Correlação entre o fator moderadores situacionais e os fatores de resistência à mudança**

Spearman	Moderadores Situacionais x Fatores			
	Resposta Inicial	Conclusão	Inovação	Moderadores Individuais
Correlação	0.226	0.390	0.156	0.560
P-valor	0.266	<b>0.049*</b>	0.448	<b>0.003**</b>

Fonte: Dados coletados da pesquisa

Notas: – As probabilidades de significância (p-valor) referem-se a correlação de *Spearman*.

– Os valores de p-valor em negrito indicam diferenças significativas.

– Os resultados significativos foram identificados com asteriscos, de acordo com o nível de significância, a saber: p-valor < 0.01\*\* (nível de confiança de 99,0%) e p-valor < 0.05 \* (nível de confiança de 95,0%).

Constata-se pela TAB. 25 que duas correlações dos fatores de resistência à

mudança calculadas em relação ao fator *moderadores situacionais* apresentaram um nível de significância menor que 5%. De modo geral, a magnitude das correlações entre os dois fatores de resistência à mudança (*conclusão* e *moderadores individuais*) e o fator *moderadores situacionais* que se observa na TAB. 25 é classificada como *moderado* – ou seja, se os fatores *conclusão* ou *moderadores individuais* apresentarem um nível alto de concordância, espera-se que o fator *moderadores situacionais* também apresente um nível alto de concordância.

Em síntese, verifica-se que, ao cruzar os dados dos indicadores *resposta inicial* e *inovação*, que se relacionam entre si, e, ainda, *moderadores individuais*, *moderadores situacionais* e *conclusão*, não se revelou nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os indicadores combinados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar o objetivo proposto para esta dissertação, ou seja, analisar a implantação de nova tecnologia e sua implicação na eficiência na unidade de pronto atendimento de um hospital público de urgência e emergência, torna-se importante salientar os principais aspectos que se destacaram nos resultados desta investigação. Desta forma, esta seção constitui-se na síntese de todas as principais descobertas desta pesquisa, as considerações sobre seus achados, sob o respaldo da teoria que a sustenta, suas contribuições e, também, sugestões que possam orientar a construção de futuros estudos.

Com a utilização de uma escala validada de inovação tecnológica, pretendeu-se contribuir para o desenvolvimento do estudo sobre este tema em hospitais públicos. Adicionalmente, o referido instrumento constitui uma ferramenta acadêmica e gerencial para diagnosticar as etapas do processo de resistência à mudança, influenciando cientificamente novas pesquisas, mediante seus resultados.

Considerando a representatividade da amostra pesquisada em termos demográficos e ocupacionais, constatou-se tratar de mulheres com idade acima de 31 anos, em sua maioria, especialistas na área do conhecimento, admitidas há menos de 5 anos na instituição, dos quais menos de 2 anos dedicados à classificação de risco.

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 a que 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 como mais um auxílio de trabalho capaz de aprimorar, beneficiar e garantir a eficácia e resolutividade operacional para a assistência de maneira dinâmica e habilidosa, utilizando a competência técnico-científica em prol do aumento da agilidade do atendimento ao usuário. É preciso pensar que o processo de triagem com classificação de risco se consolida como uma re-organização do trabalho coletivo de equipe e se torne um processo de inovação e mudança para acolher o usuário.

Um trabalho com sentido relaciona-se à busca pela realização profissional ou individual que seja útil para a instituição e para a população e que permita o desenvolvimento pessoal, a autorrealização, a valorização e o reconhecimento por parte das autoridades.

Os reflexos e implicações da implantação de novos modelos organizacionais e de novas tecnologias podem desencadear comportamentos, muitas vezes, camuflados pelos profissionais da saúde, podendo entrar em choque com valores pessoais, não reconhecidos, rotineiros, desgastantes e pouco desafiadores. O modelo implantado de assistência à saúde nas urgências do País sempre foi conflituoso e gerador de

descontentamento e insatisfação dos profissionais de saúde – neste caso, dos enfermeiros.

Cada ação da tarefa reflete na atitude e na ação, e, em consequência, na verdade. É isto que o profissional busca: ter sentido; sonhar com resultados; usar de sua criatividade e resolutividade; ser apenas um fio condutor de seu comportamento claro, limpo, moral e ético; pensar e agir com competência e habilidade; desenvolver-se profissionalmente; usar de sua sabedoria cognitiva; estabelecer um vínculo de compromisso com a população nessa relação de usuário/trabalhador; praticar com confiança a escuta, mesmo utilizando uma ferramenta tecnológica que pode desencadear distanciamento entre as pessoas; contribuir para diminuir a sobrecarga de trabalho das equipes de enfermagem; organizar e otimizar o ambiente de trabalho.

Considerando a experiência profissional da pesquisadora na área da Urgência e Emergência, e o embasamento teórico e prático adquirido nesta investigação, 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 ampla, capaz de envolver conhecimento interdisciplinar e a habilidade técnica necessária para transformar informação em recurso estratégico. Os profissionais precisam compreender o seu papel na classificação de risco que utiliza uma tecnologia de informação baseada em protocolos aplicados mundialmente, para que possam ampliar seu campo de atividade, ser capazes de melhor adaptarem-se ao novo paradigma que o mercado de trabalho impõe e ser multiplicadores de conhecimento.

A educação continuada deve ser buscada pelo próprio trabalhador, devendo basear-se na observação e na necessidade do dia a dia, alcançando qualidade e conhecimento, porquanto a aprendizagem exige a integração do profissional em seu próprio ambiente de trabalho. A formação desse profissional deverá estar

direcionada à realidade do mercado no qual atua. As instituições de formação profissional e de representação da classe estão se esforçando significativamente para oportunizar a educação continuada de qualidade direcionada para o desenvolvimento de competências desses profissionais.

Finaliza-se este estudo procurando realçar que se faz 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 nesta pesquisa, 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.

Para a reflexão e estudo de pesquisadores sobre como a ferramenta dos gestores em saúde, por meio de estratégia de um sistema de trabalho, seja apropriada para conduzir os profissionais a aderirem a ela e incentivá-los para que não percam o espírito crítico, torna-se fundamental que a tarefa dos pesquisadores que intervêm nas organizações considere as questões éticas envolvidas nas práticas sociais, pois podem gerar consequências irreversíveis para a saúde mental dos enfermeiros que colaboram para as organizações.

Faz-se necessário refletir sobre o processo de trabalho do enfermeiro e que essa prática exercida seja valorizada e estimulada pelas suas ações no sentido de investir em políticas públicas voltadas para o ensino da urgência, das práticas institucionais e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde e também seja um desencadeador de estudos acadêmicos futuros.

## REFERÊNCIAS

ABBÊS, C.; MASSARO, A. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 49p.

ALMEIDA, F. JR; COELHO, A. F. M. O Impacto Humano da Nova Economia Digital - reflexões para uma economia latina. In: ENCONTRO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO, 24., Florianópolis, 2000. **Anais...** Brasília: ANPAD, 2000.

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: 09-27

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

ALVES, M., *et al.* **Práticas de gestão, relações de poder e de gênero na organização hospitalar**. V encontro de estudos organizacionais da ANPAD - EnEO. 2008.

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** – S. P. Dissertação (Mestrado), 2008. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

AUSTRALASIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines for implementation of the Australian triage scale in emergency departments**. [S.l.], 2001. 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)>. Acesso em: 1 out. 2009.

AZEVEDO, C. S. **Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro**. Dissertação (mestrado) 1993. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

AZEVEDO, C. S., **Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado) 2005. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.



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

AWADA, Soraia Barakat *et al.* **Pronto-socorro**: condutas do hospital das clínicas da faculdade de medicina da universidade de São Paulo, 1 ed. Barueri, São Paulo, Manole, 2007.

BEREVIDGE, R. The canadian triage acuity scale: a new and critical element in health care reform. **Journal of Emergency Medicini**, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 507-11, 1998.

BERNARDES, A. et al. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007. p.861 – 870.

BERNARDO, C. Gonçalves. **A resistência a mudanças em uma organização. uma análise à luz do processo controle integrado de mudanças do pmbok3.** USP. Dissertação (Mestrado) 2005. Disponível em <[http://www.unibero.edu.br/download/revistaeletronica/Set05\\_Artigos/INFO\\_PROF%20CLAUDIO\\_OK.pdf](http://www.unibero.edu.br/download/revistaeletronica/Set05_Artigos/INFO_PROF%20CLAUDIO_OK.pdf)>. Acesso em: 13 Jul. 2009.

BOHRER, Cariza Teixeira; VARGAS, Eduardo Raupp. **Inovação nos Serviços Hospitalares: estudos de caso em hospitais universitários.** XXXIII Encontro da ANPAD. São Paulo, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.** Brasília. 1996.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília (DF): Senado 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência;** Portaria n. 2923. Brasília: GM/MS, 1998

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

BRASIL. Ministério da Saúde, **Regulação Médica dos Serviços de Atendimento Médico de Urgência – SAMU**. MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, Cesar A. Soares (org.). 1999.

BRASIL. 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](http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?mode=PRINT_VERSION&id=11946), acesso 25/10/2008.

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

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

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e Normas**.. Ano 10. n. 1. Resolução COFEN n. 271/2002 p. 58. agosto, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001**. [online]. Brasília; 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>>acesso em 02 de novembro de 2006.

BRASIL, Departamento Nacional de Trânsito, Lei vai regulamentar venda de bebidas. Veículo: **Valor Econômico** – SP – 24/05/2007. Seção: Brasil

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria 1020**. Diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. 13 de maio de 2009.

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.

CAPPELLE M. C. A. *et al.* S. **Relações de gênero, representações sociais e trabalho em uma organização militar.** In: CRAMER, L.; BRITO, M.J.; CAPPELLE M. C. A. *Relações de gênero no espaço organizacional.* Lavras: UFLA, 2004. p. 1-30.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital:** uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa: Afrontamento, 1993.

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.** Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais: 2008.

CANADIAN ASSOCIATION OF EMERGENCY PHYSICIANS. **The Canadian triage and acuity scale (CTAS) for emergency departments.** [S.l.], 2002. Disponível em: <<http://www.caep.ca/default.asp>>. Acesso em: 15/out/ 2009.

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.

CECILIO, L .C. de Oliveira. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.1, n.2, jun. 2000. p. 04 – 26.

CERQUEIRA, P. A. Bittencourt, MAC-ALLISTER, Mônica, O Alinhamento entre as Estratégias da Organização Hospitalar e as Estratégias da Tecnologia da Informação. **Anais da ANPAD – Enanpad ESO A 1521.** 2005.

CERVO, A. L; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** São Paulo: Makron Books, 1998.

CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 5a Edição. São Paulo: Ed. Prentice Hall, 2002.

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 do...** Salvador: ANPAD, 2006.

CINTRA, R. Fabiano,. **O impacto da implantação de um sistema de informação gerencial na gestão de contratos públicos: o caso do Hospital Universitário de Dourados / MS.** XXXII Encontro da ANPAD. 2008.

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

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP). **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: CONEP/CNS/Ministério da Saúde, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 196**; Diretrizes e normas: regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. **Gestão do Trabalho em Saúde**, Brasília, v. 5, 2007. p. 116. (Coleção Progestores).

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 15/12/2009.

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.

DAVEL, Eduardo, MELO, M.C.O. Lopes. **Gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2005. 340p.

DAVIS. L. L. Instrument review: getting the most from a panel of experts. **Applies Nurs Res**. 1995; 5(4); 194 – 197.

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. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2000.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistencial hospitalar. **Ciencia e Saúde Coletiva**. v.9, n.1, p.7-13. 2004

DUQUE, W. Sthel; 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](http://www.fucape.br/admin/upload/prod_cientifica/322-%20Resistencia%20a%20Mudanca.pdf) . acesso em 10/07/2009.

FUMAGALLI, L. A. W.; PIVA, L. C.; KATO, H. T. O Impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar: o caso do hospital Santa Cruz. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO DA INFORMAÇÃO, 2007, Florianópolis. **Anais do...** Florianópolis: EnADI, 2007.

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

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILBOY, N. et al. **Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook**. AHRQ Publication N°. 05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

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

GORANSSON, K. E. et al.. Accuracy and concordance of nurses in emergency department triage. **Scan J Caring Sci**, [S.l.], v. 19, p. 432-438, 2005

GRUPO ALERT BRASIL. **Press à Porter**. 2008 disponível em [http://www.pressaporter.com.br/pressaporter/show.aspx?id\\_materia=8896](http://www.pressaporter.com.br/pressaporter/show.aspx?id_materia=8896), acesso em 30 out. de 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](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. p. 31-45.

JUDSON, A. S. **Relações Humanas e mudanças organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1980.

JUNQUILHOS, G. S. Administração pública e gerentes no contexto brasileiro. In: DAVEL, E. MELO, M. C. O. L. **Gerência em ação**: singularidades e dilemas do trabalho gerencial. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

KELLY, K., Referring patients from triage out of emergency department to primary care settings: one successful emergency department experience, **J. Emerg. Nurs**, 1994; 20(6): 458 – 463.

LOWE, R.A. et al., Refusing care to emergency department patients evaluation of published triage guidelines. **Ann Emerg. Med**. 1994; 23(2): 286 – 293.

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](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. Xamã V M editora. São Paulo, 1998.

MARTIN RC. Na unidade de emergência. **Anais do 1º Ciclo de Debates sobre Assistência de Enfermagem**; São Paulo (SP); 1988.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, R.C. *et al.* (Org.). Sistema **Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

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

MINAYO, M.C.S..(org). **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 12 ed. Petrópolis / Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2003

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. Revista e aprimorada. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 2006

MOTTA, P. R. **Transformação organizacional: a teoria e a pratica de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998, Caps 3 e 6.

MOTTA, **Transformação Organizacional: teoria e prática de inovar**. Rio de Janeiro:Qualitymark Editora. 226 p. 2004.

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

MULLER, R. M. Current issues in health care informatcis. **Journal of medical systems**, v. 30, n. 1, 2006. p. 1 – 2.

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.

OLIVEIRA, A. C. Tecnologia de informação: competitividade e políticas públicas. **Revista de Administração de Empresas**, v. 36, n. 2, p. 34-43, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório anual da OMS 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: < [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br) >. Acesso em: 18 jun. 2007.

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**. vol.8 no.4 Curitiba Oct./Dec. 2004

PAVELQUEIRES S. **Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítima de traumatismos**. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

PERROW, C. A. Framework for Comparative Organization Analysis. **American Sociological Review**, Washington. v.32, 1967. P. 194-208

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008**.

PHTLS **Basic and Advanced Prehospital Trauma Life Support – Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians**. Tradução da 5ª edição . Rio de Janeiro: 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***. Tese (Doutorado) 2003. São Paulo: Universidade de 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. p 42 – 45.

RIBEIRO, Y. C. N. M. Barbosa. **Acolhimento com classificação de risco: experiência de implantação em hospital público com expressão da gestão participativa** 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.

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. p. 507 – 527.



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**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), 129 f. programa Pos Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2008

SPSS for Windows: **Novas funcionalidades**. São Paulo: SPSS, 2007. Disponível em: <[www.spss.com.br](http://www.spss.com.br)>. acesso em: 25 mar. 2009.

TACSI, Yolanda R. Condorimay , VENDRUSCOLO, Dulce M. Silva. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** maio-junho; 12(3):477-84. 2004. Disponível em <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>. Acesso em 25/08/2009.

TELLES, M. M. M., TEIXEIRA, F. L. C., Aspectos de dominação e emancipação na gestão do conhecimento organizacional: o papel da tecnologia da informação. **Anais...** ANPAD, 2002.

TOLEDO, Alexandre Duarte. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte**. (Dissertação). Mestrado em Enfermagem. 2009, 138 f. programa Pos Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.

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

WOODWARD, J. **Industrial Organization: theory and practice**. 1.ed. Londres: Oxford University Press, 1965.

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

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Escala Sócio-Demográfica

<b>Escala Sócio-Demográfica</b>		
<b><u>Gênero</u></b>		
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Masculino	
<b><u>Idade</u></b>		
<input type="checkbox"/> 21 a 25 anos	<input type="checkbox"/> 26 a 30 anos	<input type="checkbox"/> 31 anos ou mais
<b><u>Escolaridade</u></b>		
<input type="checkbox"/> Superior Completo	<input type="checkbox"/> Mestrando	
<input type="checkbox"/> Cursando Especialização	<input type="checkbox"/> Mestre	
<input type="checkbox"/> Especialização Completa		
<b><u>Tempo de Vínculo Empregatício com o Hospital</u></b>		
<input type="checkbox"/> Até 5 anos	<input type="checkbox"/> Acima de 10 anos	
<input type="checkbox"/> De 6 a 10 anos		
<b><u>Tempo que trabalha fazendo Classificação de Risco</u></b>		
<input type="checkbox"/> Até 2 anos	<input type="checkbox"/> Acima de 5 anos	
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 anos		
<b><u>Tempo que faz Classificação de Risco utilizando o ALERT® Manchester</u></b>		
<input type="checkbox"/> Até 6 meses	<input type="checkbox"/> Acima de meses	
<b><u>Considerou o treinamento do Software® Manchester adequado?</u></b>		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>
Parcialmente		

## **Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado Servidor/Colaborador, você participará da pesquisa intitulada " A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA: IMPLICAÇÃO NA EFICIÊNCIA DO TRABALHO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA", que tem por objetivo analisar o processo de implantação do sistema ALERT® Manchester de Classificação de Risco no atendimento prestado no setor de triagem do HOB, tendo em vista a percepção do enfermeiro quanto aos objetivos propostos pela tecnologia.

Este trabalho destina-se à elaboração da dissertação da mestrandia Maria de Lourdes Ulhôa, como requisito obrigatório para a obtenção do título de mestre em Administração, pela Faculdade Novos Horizontes de Belo Horizonte, sendo orientada pelo Prof. Dr. Fernando Coutinho Garcia.

Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa e quantitativa. A coleta de dados será através de um questionário. Sua participação é voluntária. A qualquer momento poderão ser solicitadas informações sobre o andamento da pesquisa. O participante não terá qualquer despesa e nem será submetido a prejuízos ou constrangimentos.

O participante terá preservado o direito à privacidade e ao anonimato das informações, bem como a liberdade para recusar-se a responder qualquer questionamento e, até mesmo, em retirar seu consentimento, caso opte por deixar de participar do estudo.

Os resultados obtidos com o estudo só serão utilizados e divulgados para fins técnico-científicos.

Agradeço a colaboração e solicito sua assinatura no Termo de Consentimento Pós-Informado.

Atenciosamente,

Maria de Lourdes Ulhôa  
(Pesquisadora)

### Apêndice C – Termo de consentimento pós-informado

Eu, \_\_\_\_\_, CI: \_\_\_\_\_,

pelo presente Termo de Consentimento Pós-Informado, DECLARO ter sido informado(a) e orientado(a) de forma clara sobre os objetivos, a metodologia, a justificativa e método de coleta de dados da pesquisa intitulada “A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA: IMPLICAÇÃO NA EFICIÊNCIA DO TRABALHO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA” da mestranda Maria de Lourdes Ulhoa e orientação do Prof. Dr. Fernando Garcia Coutinho.

Além disso, fui ESCLARECIDO (A) sobre:

- a possibilidade de sanar qualquer tipo de dúvida acerca do trabalho;
- a liberdade para recusar-me a responder qualquer questionamento ou, até mesmo, para retirar meu consentimento e optar por deixar de participar do referido trabalho, sem prejuízos e/ou constrangimentos;
- o anonimato e o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade; e
- o direito de acesso aos resultados do trabalho.

DECLARO que estou ciente de que a pesquisadora irá aplicar um questionário que servirá de base para o estudo em questão e que após cinco anos os mesmos serão inutilizados. CONCORDO em participar do estudo e AUTORIZO a divulgação científica dos resultados desde que respeitado meu anonimato.

Local:

Data:

---

Assinatura do(a) participante

Pesquisadora responsável: Maria de Lourdes Ulhoa

Rua Arthur Alvim, 273/302, Horto. Belo Horizonte – Minas Gerais.

Telefone: (31)34637291/(031)86346558– CEP: 31040035

Email: [lulude.ulhoa@terra.com.br](mailto:lulude.ulhoa@terra.com.br)

## Apêndice D - Convite aos participantes da pesquisa

Belo Horizonte, \_\_\_ de novembro de 2009.

Prezado Servidor/Colaborador,

Convido você a participar da pesquisa intitulada “A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA: IMPLICAÇÃO NA EFICIÊNCIA DO TRABALHO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA”.

O objetivo da pesquisa é analisar o processo de implantação do sistema ALERT@ Manchester de Classificação de Risco no atendimento prestado no setor de triagem do HOB, tendo em vista a percepção do enfermeiro quanto aos objetivos propostos pela tecnologia.

Este trabalho destina-se à elaboração da dissertação da mestranda Maria de Lourdes Ulhôa, como requisito obrigatório para a obtenção do título de mestre em Administração, pela Faculdade Novos Horizontes de Belo Horizonte, sendo orientada pelo Prof. Dr. Fernando Garcia Coutinho.

Em anexo, encaminhamos-lhe um questionário que se destina à coleta de dados sobre escala de inovação tecnológica

Solicita-se a sua colaboração no preenchimento deste instrumento, de acordo com as seguintes instruções:

1. Utilize caneta na marcação das respostas.
2. As questões devem ser respondidas, refletindo as condições de trabalho da instituição.
3. Assinale somente uma resposta a cada questão.
4. Responda o questionário seqüencialmente.
5. Marque a resposta que melhor lhe representar.
6. Caso deseje alterar alguma resposta, marque um círculo na resposta errada e marque nova resposta.
7. Ao final verifique cada questão, no sentido de assegurar que respondeu a todas.
8. Não assine seu nome, uma vez que os dados serão tratados na sua totalidade.
9. Sua participação será voluntária, não acarretará despesas nem prejuízos e/ou constrangimentos.

Você poderá solicitar a qualquer momento informações sobre o andamento da pesquisa, bem como terá a liberdade para recusar-se a responder qualquer questionamento ou, até mesmo, para retirar seu consentimento caso opte por deixar de participar do estudo.

Sua privacidade e anonimato serão preservados, e os resultados obtidos com o estudo só serão utilizados e divulgados para fins técnico-científicos.

Para que a investigação reflita a situação real, responda a cada item o mais francamente possível, condição essencial para a confiabilidade dos resultados

Coloco-me a disposição para esclarecimentos necessários. Desde já, agradeço sua compreensão e colaboração.

Atenciosamente,

Maria de Lourdes Ulhôa – (031 )34637291 \ (031)86346558  
Mestranda – Faculdade Novos Horizontes

## APÊNDICE E – Escala de Inovação Tecnológica

<b>Escala de Inovação Tecnológica</b>						
<p>Baseando-se na <b>implantação do ALERT® na Classificação de Risco</b> que ocorreu em 16/03/09 no Pronto-Socorro do Hospital Odilon Behrens, responda o questionário abaixo.</p> <p>Leia atentamente o conteúdo das próximas afirmativas e responda marcando um X em apenas uma alternativa de acordo com a escala à direita, que representa o quanto você concorda com o que está sendo dito.</p>						
<b>Afirmativas</b>		<b>1</b> Discordo Totalmente	<b>2</b> Discordo Levemente	<b>3</b> Nem Concordo Nem Discordo	<b>4</b> Concordo Levemente	<b>5</b> Concordo Totalmente
<b>Exposição à mudança ou Inovação</b>	1. O hospital te ofereceu, formalmente, informações a respeito da implantação do ALERT® na Classificação de Risco através da INTRANET.	1	2	3	4	5
	2. O hospital te ofereceu, formalmente, informações a respeito da implantação do ALERT® na Classificação de Risco através de cartas, memorandos, folhetos, boletins e relatórios em geral.	1	2	3	4	5
	3. O hospital te ofereceu, formalmente, informações a respeito da implantação do ALERT® na Classificação de Risco através de reuniões e palestras.	1	2	3	4	5
	4. As informações a respeito da mudança transmitidas pelos canais formais do hospital foram, sozinhas, suficientes para esclarecer todas as suas dúvidas sobre a mudança.	1	2	3	4	5
	5. Seus colegas te transmitiram, em primeira mão, as informações sobre a implantação do ALERT® no hospital.	1	2	3	4	5
	6. As informações a respeito da implantação do ALERT® na Classificação de Risco transmitidas pelos seus colegas do hospital foram, por si só, suficientes para esclarecer todas as suas dúvidas sobre a mudança.	1	2	3	4	5
	7. As informações sobre a mudança que você recebeu dos colegas de trabalho foram todas verdadeiras.	1	2	3	4	5

	8. Dentre as informações que você recebeu dos seus colegas do hospital sobre a implantação do ALERT® na Classificação de Risco, não houve informações confusas ou ambíguas.	1	2	3	4	5
<b>Afirmativas</b>		1 Discordo Totalmente	2 Discordo Levemente	3 Nem Concordo Nem Discordo	4 Concordo Levemente	5 Concordo Totalmente
<b>Resposta Inicial</b>	9. Assim que você obteve as primeiras informações sobre a implantação do ALERT® na Classificação de Risco, você as considerou uma oportunidade e não sentiu necessidade de aprofundar a sua análise sobre o mesmo.	1	2	3	4	5
	10. Apesar de ter aceitado prontamente a implantação do ALERT® na Classificação de Risco à primeira vista, você sentiu necessidade de buscar mais informações sobre ele para decidir como se comportar diante do mesmo.	1	2	3	4	5
	11. Quando você obteve as primeiras informações sobre a implantação do ALERT® na Classificação de Risco, se sentiu indeciso quanto ao seu impacto real no Hospital e preferiu se informar melhor sobre ele.	1	2	3	4	5
	12. Primeiramente, você considerou a implantação do ALERT® na Classificação de Risco parcialmente aceitável e se sentiu estimulado a buscar mais informações sobre ele.	1	2	3	4	5
<b>Conclusão</b>	13. Você cooperou ativamente com o processo de mudança no hospital através de sugestões espontâneas sobre o mesmo.	1	2	3	4	5
	14. Você divulgou espontaneamente os benefícios da mudança na sua área de trabalho.	1	2	3	4	5
	15. Você considera que, apesar de não ter participado ativamente do processo de mudança, ela foi boa para o hospital.	1	2	3	4	5
	16. Você aceitou, sem se opor, os preceitos da mudança como bons para o futuro do hospital.	1	2	3	4	5
	17. Você ainda não conseguiu concluir se a mudança foi boa ou ruim para a o hospital.	1	2	3	4	5

	18. Às vezes você apoiou a mudança no hospital, outras vezes não.	1	2	3	4	5
	19. Você considerou alguns aspectos da implantação do ALERT® na Classificação de Risco aceitáveis, enquanto outros aspectos são, na sua opinião, inaceitáveis.	1	2	3	4	5
<b>Afirmativas</b>		1 Discordo Totalmente	2 Discordo Levemente	3 Nem Concordo Nem Discordo	4 Concordo Levemente	5 Concordo Totalmente
<b>Moderadores individuais</b>	20. Você tinha medo de que, com a mudança, pessoas que gosta seriam desligadas do hospital ou do seu setor de trabalho.	1	2	3	4	5
	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	2	3	4	5
	22. Você não acreditava que os especialistas externos responsáveis pela mudança sabiam mais sobre o que é melhor para o hospital do que as pessoas que trabalham aqui dentro.	1	2	3	4	5
	23. Na verdade, você achou as mudanças realizadas no hospital serviram mais para satisfazer as necessidades políticas do que para melhorar o desempenho organizacional.	1	2	3	4	5
<b>Moderadores situacionais</b>	24. Seu grupo de trabalho no hospital discorda quando você tenta inovar as suas práticas.	1	2	3	4	5
	25. Durante a mudança no hospital, seu grupo de trabalho o pressionou para continuar realizando o seu trabalho da maneira antiga.	1	2	3	4	5
	26. As experiências anteriores de mudanças mal sucedidas no hospital o tornaram descrente em relação ao sucesso de futuras mudanças nessa organização.	1	2	3	4	5
	27. Quando uma mudança é proposta no hospital você acha que é mais uma tentativa desgastante que, no final das contas, farão com que as coisas mudem para pior ou fiquem no mesmo lugar.	1	2	3	4	5

Fonte: Baseado e adaptado no modelo validado de Chaves, Marques e Dias (2006)



## ANEXOS

### **Anexo A - Termo de Compromisso de Cumprimento dos Termos da Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde – Servidor Responsável**

Eu, \_\_\_\_\_, servidor do HOB, HM n.º \_\_\_\_\_, ocupante do cargo/função \_\_\_\_\_ responsável pelo acompanhamento do protocolo de pesquisa intitulado: “A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA: IMPLICAÇÃO NA EFICIÊNCIA DO TRABALHO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA” desenvolvido pela pesquisadora MARIA DE LOURDES ULHÔA comprometo-me a zelar pelo cumprimento integral de todos os termos da Resolução n.º 196/06 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor do HOB

**Anexo B - Termo de Compromisso de Cumprimento dos Termos da Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde - Pesquisador Responsável**

Eu, MARIA DE LOURDES ULHÔA pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada: A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA: IMPLICAÇÃO NA EFICIÊNCIA DO TRABALHO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA” desenvolvida no Hospital Municipal Odilon Behrens, comprometo-me ao cumprimento integral de todos os termos da Resolução n.º 196/06 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

**Anexo C - Termo de Responsabilidade do Profissional do HOB, que Acompanhará a Pesquisa na Unidade Onde Será Realizada**

Eu, \_\_\_\_\_, servidor do HOB, HM n° \_\_\_\_\_, ocupante do cargo/função \_\_\_\_\_ responsável pela Área de \_\_\_\_\_, conheço o protocolo de pesquisa intitulado: A IMPLANTAÇÃO DE NOVA TECNOLOGIA: IMPLICAÇÃO NA EFICIÊNCIA DO TRABALHO NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA” desenvolvido por Maria de Lourdes Uihôa, pesquisadora responsável, e declaro que conheço os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser desenvolvida, estando ciente de que deverei acompanhá-la e zelar pelo cumprimento integral da Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde e demais normas aplicáveis à pesquisa com seres humanos, comprometendo-me a emitir juntamente com os pesquisadores relatórios semestrais ao Comitê de Ética em Pesquisa do HOB e à Gerência de Ensino em Pesquisa do HOB, e que o acompanhamento na íntegra deste projeto implicará em direito de publicar os resultados da mesma junto aos pesquisadores envolvidos, como co-autora do projeto em questão.

---

Nome do servidor do HOB responsável pelo acompanhamento da pesquisa

---

Pesquisadora responsável

---

Gerente da Unidade

---

Coordenador de Ensino Responsável

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO D - Escala de Inovação Tecnológica

### Operacionalização das dimensões na “Escala de Inovação Tecnológica”

CONSTRUCTO		OPERACIONALIZAÇÃO	
<b>Exposição à mudança ou Inovação</b>	<b>Fonte formal</b>	Canal de comunicação estabelecido pela organização para transmitir mensagens relativas ao trabalho na forma escrita, representado por cartas, memorandos, e-mails, folhetos, boletins e relatórios em geral ou na forma oral, representado por palestras, vídeo e reuniões.	
	<b>Fonte informal</b>	Importante canal de comunicação que se estabelece informalmente entre os membros da organização. Dentre essas informações, algumas são verdadeiras. O restante se constitui de rumores, que tem suas principais origens nas situações ambíguas e que causam ansiedade para os funcionários, além de serem temas considerados importantes para os funcionários. Esses rumores não costumam ter qualquer base factual sendo baseados em especulação, imaginação ou desejos pessoais. A quantidade de rumores em uma organização nos alerta quanto à uma situação considerada incerta e conflitiva para os funcionários.	
<b>Resposta Inicial</b>	<b>Alta consistência</b>	É adotada quando a mudança é vista como oportunidade. O indivíduo decide por aceitar a mudança prontamente, sem sentir necessidade de aprofundar a análise sobre a mesma.	
	<b>Consistência moderada</b>	É adotada quando o indivíduo se sente indeciso quanto aos impactos da mudança. A mudança é vista como parcialmente aceitável e o indivíduo se sentirá estimulado a buscar mais informações sobre a mesma.	
<b>Conclusão</b>	<b>Aceitação</b>	<b>Cooperação e apoio entusiástico</b>	A cooperação à uma mudança pode ser considerada uma espécie de ação defensiva de uma pessoa ou um grupo. Por ser considerada uma ameaça à estabilidade, cooperar com a mudança pode ser considerado o menor dos males. Apesar de ser uma manifestação rara, pode acontecer, e inclui comportamentos ativos de apoio à mudança como alta frequência de sugestões dadas ao processo de mudança e divulgação espontânea dos princípios e benefícios da mudança na sua área de trabalho.
		<b>Aceitação</b>	Aceitar a mudança significa consentir com ela e recebê-la como boa ou certa. O indivíduo colabora com a implementação da mudança de maneira passiva.
	<b>Indecisão</b>	<b>Indecisão</b>	A indecisão se manifesta quando o indivíduo não é capaz de integrar as informações relativas à mudança, não conseguindo chegar à conclusão se a mudança é boa ou má. O indivíduo age de maneira dúbia frente à mudança, às vezes a apoia e às vezes a rejeita.

<b>Moderadores individuais</b>	<b>Ameaças ao convívio social</b>	Esse constructo refere-se às ameaças da integridade dos grupos de amizade por mudança de função, realocação dos indivíduos a diferentes áreas de trabalho, demissão, aposentadoria, etc.
	<b>Dificuldade de reconhecer a necessidade de mudança</b>	Esse constructo se manifesta na dificuldade de reconhecer que a mudança levará a uma melhoria organizacional, o que inclui no contexto em pesquisa, maior eficiência na prestação de serviços à população. Os indivíduos acreditam que a situação atual está boa e que a organização não precisa mudar.
<b>Moderadores situacionais</b>	<b>Inércia do grupo</b>	Refere-se às pressões que os grupo de trabalho fazem para que os indivíduos exerçam as tarefas de determinadas maneiras, limitando a tentativa do indivíduo de mudar o seu comportamento. Essas pressões se manifestam pelas fortes normas sociais dentro desses grupos.
	<b>Experiência anterior de mudança mal sucedida</b>	Experiência organizacional anterior na qual a mudança foi mal sucedida pode levar à descrença dos indivíduos em relação ao sucesso de uma mudança no futuro. Os indivíduos se tornam céticos em relação à eficiência das novas práticas. Desse modo, os indivíduos defendem as antigas formas de trabalho e se esforçam para reintroduzi-las.

Fonte: Chaves, Marques e Dias (2006)