

Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência

Implementation of the Manchester Risk Classification System in emergency municipal network

Thiago Marchi Sacoman¹, Daniel Gomes Monteiro Beltrammi¹, Rosemarie Andrezza¹, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio¹, Ademar Arthur Chioro dos Reis¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912105

RESUMO Os serviços de urgência e emergência hospitalares e não hospitalares são habitualmente utilizados como portas de entrada dos sistemas de saúde. A hipótese do excesso de demanda por esses serviços é insuficiente para explicar os desfechos clínicos desfavoráveis que resultam do fenômeno da superlotação, relacionado a aspectos organizativos desses próprios serviços. Diante desse cenário, a reorganização das entradas dos serviços de urgência e emergência tornou-se primordial. O artigo apresenta e analisa a implantação do Sistema de Classificação de Risco de Manchester em uma rede municipal de urgência e emergência da região metropolitana de São Paulo, a maior do hemisfério Sul, e permite compreender como o aprimoramento do uso da classificação de risco, prevista em diversas políticas do Sistema Único de Saúde, pode se constituir em potente tecnologia aplicada à gestão do cuidado e dos serviços de urgência e emergência.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde. Serviços médicos de emergência. Triage. Gestão de recursos.

ABSTRACT Hospital and non-hospital urgent and emergency healthcare services are commonly used as entrance doors of healthcare systems. The hypothesis of the excess demand for these services is insufficient to explain the unfavorable clinical outcomes that result from the overcrowding phenomenon, related to organizational aspects of these services themselves. Considering this scenario, the reorganization of the inputs of the urgency and emergency health services has become paramount. This paper presents and analyses the Manchester Triage System implementation in a municipal urgency and emergency network in the metropolitan region of São Paulo, the largest one in the South hemisphere, and allows to understand how the improvement of the use of the risk classification, foreseen in several policies of the Unified Health System, can be a powerful technology applied to care management and urgency and emergency health services.

KEYWORDS Health services. Emergency medical services. Triage. Resources management.

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. tmsacoman@gmail.com



Introdução

Os Serviços de Emergência Hospitalares (SEH) são utilizados pelos usuários como uma das principais portas de entrada no sistema público ou privado de saúde. Mundialmente, o número de pacientes que demandam os SEH, com uma grande variedade de condições clínicas, vem aumentando^{1,2}. Essa situação pode levar ao fenômeno da superlotação dos SEH, que, associado muitas vezes a precários processos de organização desses serviços, resultam em desfechos clínicos indesejáveis^{3,2}. Um cenário que afeta diretamente não só o usuário, mas, também, e em larga escala, os serviços e os sistemas de saúde.

O atendimento de pacientes em SEH superlotados pode gerar iniquidade para aqueles usuários com maior risco clínico⁴, além de interferir diretamente na ocorrência de eventos adversos e na deterioração das condições de trabalho. Proporciona, ainda, em última instância, um desempenho questionável do sistema de saúde como um todo.

Entre os motivos da procura da população pelos SEH, a facilidade de acesso é um dos fatores mais relevantes⁵, em particular, a perspectiva de garantia de consulta médica não agendada e a realização rápida de exames diagnósticos, estimulando a decisão do usuário de traçar seu próprio itinerário de cuidado, privilegiando a porta de acesso dos SEH. Essa decisão ganha ainda mais relevância no contexto da necessidade de consumo de tecnologias duras e leve-duras⁶, predominantes nos Serviços de Urgência e Emergência (SUE), pois elas proporcionam uma sensação de segurança. Tais tecnologias são identificadas pelos usuários como mais produtoras de cuidado, pois estão associadas ao modelo biomédico hegemônico centrado no médico e no hospital, indubitavelmente potentes em várias situações, mas não suficientes por si só.

Esse valor de uso dos SEH distorce a finalidade desses serviços, sobrecarregando-os com o desenvolvimento de ações assistenciais que poderiam ser realizadas na atenção básica ou em unidades de urgência de menor densidade

tecnológica, que, no sistema de saúde brasileiro, compõem também a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), ou, ainda, em outros pontos de atenção do sistema de saúde^{7,8}. Essa sobrecarga interfere na qualidade do cuidado em Urgência e Emergência (UE) prestado pelos SEH aos pacientes⁹.

Há outros elementos que corroboram a sobrecarga nos SEH, entre eles, destacam-se: dimensão dos acidentes de transporte e da violência urbana, que assolam grandes metrópoles e municípios de todos os portes nos países emergentes^{10,11}; elevação da carga de doenças crônicas não transmissíveis, geradoras de um importante número de visitas aos SEH, por seus eventos agudos de instabilidade clínica, dada a baixa efetividade de seu seguimento; além dos desafios inerentes aos cuidados nos eventos agudos relacionados aos transtornos mentais.

Diante desse cenário, a reorganização das entradas dos SEH tornou-se primordial. Para tanto, em situações nas quais a demanda excede a capacidade de atendimento do serviço, têm sido implantados dispositivos de atendimento por prioridade clínica, para organização do fluxo de entrada dos pacientes. Tais práticas ou tecnologias organizadoras de fluxo prestam-se a identificar rapidamente os usuários que apresentam risco de morte, perdas orgânicas ou funcionais e, dessa forma, a garantir acesso em tempo oportuno aos recursos em saúde necessários para a redução dos possíveis danos.

A classificação de risco surgiu, portanto, como uma estratégia clínica e organizacional para atenuar riscos e danos oriundos das assimetrias geradas pelo acesso aos cuidados em UE, tradicionalmente orientado por ordem de chegada nos SEH, bem como para minimizar os riscos e danos causados pelas consequências da superlotação destes. O processo de classificação ocorre por meio da identificação e consequente priorização dos indivíduos que necessitam de cuidados imediatos/breves e, posteriormente, dos casos com gravidades clínicas menores. Os pacientes são classificados de acordo com a gravidade clínica, o nível de sofrimento e de risco para a sua própria saúde.

Classificação de risco ou triagem é definida como um processo dinâmico de identificação e distribuição de usuários que permite que eles sejam direcionados para o serviço, ou ambiente de cuidado, mais adequado para tratamento em tempo oportuno^{12,13}. Assim, uma classificação de risco estruturada é apontada como uma ferramenta de atenção à saúde efetiva, pois permite que os indivíduos com processos de adoecimento mais graves possam ser os primeiros a receber cuidados em UE¹⁴.

Desta forma, essa estratégia se converte em um dispositivo clínico e organizacional valioso para o auxílio à gestão da assistência no serviço de UE, aprimorando e qualificando o cuidado prestado ao organizar a demanda conforme os padrões de riscos expressos pela gravidade no momento da apresentação do paciente. O Sistema de Classificação de Risco de Manchester (SCRM), por sua abrangência e capacidade de triagem, tem sido um dos mais utilizados no Brasil e no exterior¹⁵.

Há estudos atuais que demonstram que uma classificação de risco estruturada reduz o risco de agravamento dos quadros dos pacientes antes do primeiro atendimento médico, aumenta a satisfação do usuário e dos profissionais de saúde, além de racionalizar o consumo de recursos¹⁶.

No Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o enfrentamento da superlotação dos SEH ganhou maior destaque a partir da Política de Qualificação da Atenção à Saúde (Qualisus), em 2004¹⁷, concentrando seus esforços sobre os SEH das principais capitais brasileiras. Em linhas gerais, o programa estabelecia pressupostos conceituais de gestão e assistência, oferecia apoio financeiro para investimentos em equipamentos e reforma dos prontos-socorros. O apoio financeiro era a contrapartida do Ministério da Saúde às mudanças nos processos de trabalho nos hospitais com serviços de urgência, cuja implantação seria de responsabilidade do gestor local.

O aprimoramento dessas ações ganhou impulso em 2010, quando se definiu uma política nacional voltada para conformar Redes

de Atenção à Saúde (RAS). Dessa produção, originaram-se os desenhos da RUE, política que complementou, por meio de ações propostas – como o Programa SOS Emergências (2011) –, as estratégias de apoio aos hospitais para gestão da qualidade do atendimento aos usuários do SUS¹⁸⁻²². Nesse conjunto, foram definidos arranjos e processos compartilhados de cuidado, organizando-os nos componentes de atenção pré-hospitalar e hospitalar. No componente hospitalar, houve indução para uso e disseminação dos dispositivos e arranjos contidos na Política Nacional de Humanização (PNH), na qual o processo de acolhimento com classificação de risco configurou-se como uma das principais estratégias de qualificação dos processos de entrada dos SUE.

Foi diante desse panorama que o município de São Bernardo Campo (SP) implementou um conjunto de ações que visaram à qualificação do cuidado ofertado à sua população. Entre elas, a organização da RUE, assumindo o SCRM como um arranjo tecnológico de cuidado à saúde nos SUE.

O principal objetivo deste artigo é relatar e analisar a experiência de implantação desse dispositivo nos serviços de UE municipal, apontando os principais desafios enfrentados e aqueles que surgem a partir da utilização desse arranjo tecnológico. Dessa forma, espera-se que o artigo possa trazer substrato para a elucidação de questões relacionadas à implantação de uma ferramenta de classificação de risco nos SUE, assim como debater sobre os avanços na reorganização do trabalho em saúde e na gestão do cuidado. Na sequência, busca-se discutir os desafios que a implantação da ferramenta implica, dando visibilidade a questões que envolvem as relações de trabalho e de poder entre as equipes de saúde.

A classificação de risco em análise: SCRM

Os primórdios dos Sistemas de Classificação de Risco (SCR) ou triagem remontam ao século

XVIII, associados a operações militares, nas quais soldados eram priorizados para receber os primeiros atendimentos no próprio campo de batalha ou para serem removidos. No entanto, foi somente a partir da década de 1960 que outros sistemas de triagem ganharam relevância no contexto da atenção hospitalar. Tais sistemas dedicam-se a proporcionar uma estratégia de avaliação clínica preliminar que ordena o atendimento aos pacientes em função da sua gravidade e/ou urgência antes mesmo de uma completa avaliação diagnóstica e terapêutica, ação essa efetiva em contextos nos quais a demanda por cuidados em UE excede a oferta^{23,24}.

Sendo assim, SCR, como Manchester, priorizam o acesso aos cuidados necessários em tempo oportuno para os mais necessitados, contrariando a lógica de atendimento sequencial por ordem de chegada²⁵, o que os torna disruptivos, em razão de proporcionarem o contato da forma mais precoce possível entre os que chegam aos SUE com suas necessidades e os profissionais de saúde, permitindo que a variável tempo, muitas vezes crucial em situações de risco iminente, seja gerenciada, por meio de pronta identificação do problema e decisão quanto aos fluxos e processos necessários para o acesso oportuno aos cuidados adequados²⁶.

SCR que apresentem um grande número de subclassificações ou que possuam uma baixa sensibilidade, ou seja, que classifiquem pacientes urgentes como de baixa prioridade, não são seguros⁵. São considerados seguros e efetivos, de acordo com as evidências, os SCR que estejam estruturados, pelo menos, com os seguintes princípios: dispor de ao menos cinco níveis de classificação; ter alta sensibilidade para identificação dos riscos e, em alguns casos, superestimando-os; ser aplicado por profissional de nível superior (melhores experiências relatadas descrevem maior efetividade quando o SCR é aplicado por enfermeiros) e ter reclassificação contínua, em tempos definidos (reclassificação dinâmica),

como dispositivo de segurança para identificação de qualquer evento de deterioração clínica, durante esperas eventuais entre processos e estações de cuidado¹⁶.

O Protocolo de Manchester foi implantado inicialmente no Manchester Royal Infirmary, na cidade de Manchester (1997), e, desde então, é adotado como protocolo padrão em vários hospitais do Reino Unido. É originalmente composto por 52 condições clínicas pré-definidas ligadas às suas respectivas orientações ou linhas de fluxo, a partir de cada um dos níveis de classificação de risco ou triagem obtidos. As classificações são divididas em cores organizadas por nível de gravidade e risco da apresentação clínica. Desde o ano de 2000, um número significativo de instituições de saúde de várias realidades geográficas e populacionais vem implantando o SCR. Alguns exemplos encontram-se em países como Áustria, Brasil, Alemanha, México, Noruega, Portugal, Espanha, entre outros²⁷.

A rede de urgência e emergência de São Bernardo do Campo

O município de São Bernardo do Campo (SBC), localizado na região metropolitana de São Paulo, mais precisamente, no ABC paulista, vem desenvolvendo, desde 2009, ações voltadas à melhoria contínua do cuidado à saúde de sua população, de 765.463 habitantes²⁸, nos diversos pontos de atenção da RUE. Seguindo as diretrizes nacionais, a RUE de SBC está constituída por serviços diretamente relacionados aos atendimentos em urgências e emergências, assim como por demais serviços de retaguarda conforme seus diversos componentes.

Considerando os serviços relacionados diretamente aos atendimentos em urgências e emergências, a RUE de SBC é composta:

Quadro 1. Rede de atenção às urgências de São Bernardo do Campo

Componente	Serviço	Descrição
Pré-hospitalar móvel	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) 192	Doze unidades de suporte básico, duas unidades de suporte avançado e duas moto-ambulâncias.
Pré-hospitalar fixo	Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h	Nove unidades distribuídas territorialmente no município (sete unidades tipo II e duas unidades tipo I) voltadas ao atendimento da baixa e média complexidades em urgência e emergência.
	Sala de estabilização – atenção básica	Ambiente provido de capacidades humanas e tecnológicas instalado em locais de difícil acesso e baixa densidade sanitária de serviços de saúde (região pós balsa – Riacho Grande), para prestar os primeiros cuidados e estabilização até que se viabilize acesso ao componente de atenção adequado em tempo oportuno.
Hospitalar	Hospital e Pronto-Socorro Central (HPSC)	Serviço dedicado aos cuidados de média e alta complexidade às urgências clínicas e cirúrgicas.
	Hospital Municipal Universitário (HMU)	Serviço voltado às urgências ginecológicas e obstétricas.
	Hospital Anchieta	Serviço de referência e retaguarda ao pronto atendimento oncológico e às emergências cirúrgicas.
	Hospital de Clínicas Municipal	Serviço de referência e retaguarda às urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, por meio das linhas de cuidado do infarto agudo do miocárdio, da traumato-ortopedia, do acidente vascular cerebral e da neurocirurgia.
Saúde Mental	Centros de Atenção Psicossocial (Caps)	Serviços dedicados ao manejo psiquiátrico, compartilhado clinicamente com as UPAs 24h e HPSC, dos transtornos e do sofrimento mental agudo nas vertentes adulto, infantil e uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Fonte: Elaboração própria.

A consolidação estrutural da rede pré-hospitalar fixa em SBC, iniciada em 2009, concretizou-se com a inauguração da nona Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h (maio/2013). Anteriormente, o cenário da urgência pré-hospitalar no município era composto por sete prontos-socorros periféricos, que realizavam o atendimento de urgência em condições precárias de estrutura e processos. O fluxo de atendimento estabelecido até então ainda era instruído por ordem de chegada. Soma-se a esse cenário o funcionamento desses serviços em espaços compartilhados com outros serviços da rede municipal, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ambulatórios de especialidades, na mesma estrutura física, comprometendo ainda mais seus processos e fluxos. As nove UPAs 24h estão distribuídas de forma a cobrir toda a sua extensão territorial e conectá-las territorialmente às

UBS do mesmo território e a um Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, projetou-se para o município uma rede pré-hospitalar fixa composta por nove UPAs 24h, atuando de forma integrada aos demais pontos de atenção da RUE. No contexto do processo de reestruturação, iniciado em 2009, o acolhimento e a classificação de risco começaram a ser implantados com base em protocolo desenvolvido pela Secretaria de Saúde.

Entretanto, com o amadurecimento do processo e sua compreensão, por parte das equipes assistenciais, da gestão e da população, o protocolo de classificação de risco vigente, baseado em apenas três níveis de prioridades e não sinérgico com a totalidade dos fluxos das unidades (UPA 24h), começou a demonstrar limitações técnicas e processuais. Elas

decorriam do baixo nível de evidência de seus discriminadores e da inadequada definição de prioridades e tempos para atendimento, o que resultava em uma alocação errática de recursos para cada nível de prioridade, levando a resultados insatisfatórios.

O Hospital e Pronto-Socorro Central (HPSC) também se configura como porta de entrada da RUE de SBC. Trata-se de um importante serviço de pronto atendimento, com cerca de 800 atendimentos/dia, além dos seus eixos críticos voltados para a assistência aos casos agudos/agudizados dedicados aos processos de estabilização, observação e decisão clínica, cruciais para suportar uma cadeia de cuidados em UE efetiva. Esse hospital conta com 175 leitos de internação, incluindo-se os leitos de terapia intensiva, e também ambientes de transição, para observação e apoio à tomada de decisão clínica, denominados como sala verde e sala amarela, com diferentes recursos para o suporte à vida.

Os dez serviços que compõem a RUE de SBC (nove UPAs 24h e o HPSC) e que atuam como porta de entrada para a UE realizaram, em 2015, uma média de 89 mil consultas médicas em UE por mês, representando 54% do total de consultas médicas realizadas na rede municipal de saúde. De alguma forma, esses dados corroboram os elementos apresentados na introdução deste artigo, ou seja, mesmo com um forte investimento na atenção básica do município – que, além de um aumento e de uma reestruturação física da rede, de 28 para 36 UBS, experimentou mudanças no modelo de atenção à saúde e de qualificação de outros pontos da RAS –, os SUE ainda representam uma importante porta de acesso aos cuidados.

Em junho de 2014, a Secretaria de Saúde de SBC, considerando a representatividade da UE no sistema de saúde municipal, as fragilidades do processo de classificação de risco vigente e a não uniformidade de uso de uma ferramenta de classificação de risco entre os SUE, tomou a decisão de implantar o SCRM em suas UPAs 24h (SUE) e no HPSC (SEH). Esse foi um esforço de reorganização de processos e

fluxos referentes à entrada dos usuários nos componentes pré-hospitalar e hospitalar.

A implantação do SCRM na RUE

Para a implantação do SCRM nos pontos de atenção às UE em suas nove UPAs 24h e no HPSC, SBC contou com o apoio do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR), representante do Protocolo de Manchester no Brasil. A execução desse processo foi organizada em sete etapas, distribuídas ao longo de 1 ano e 5 meses, sendo a primeira delas realizada em julho de 2014, e a última em dezembro de 2015.

A decisão de executar o projeto em etapas tomou como base a necessidade de promover adaptações físicas e estruturais nos serviços. A finalidade foi realizar tais adequações considerando os futuros fluxos internos, a necessidade de ampliação de quadro de pessoal, além do zelo em conduzir um processo amplo envolvendo mais de 1.700 trabalhadores da rede de atenção às urgências municipal. Ou seja, o que poderia ser visto como a implantação de um ‘protocolo’ amplia seu escopo de ação ao propor, desde seu início e a partir dele, outras ações, desde reformas físicas até o envolvimento e a participação dos trabalhadores.

Foram adotadas estratégias com a finalidade de garantir a execução satisfatória das etapas e de todo o processo de implantação. Entre as principais ações, a sensibilização prévia junto à equipe assistencial e administrativa das unidades foi essencial para a compreensão da nova metodologia de classificação de risco e fluxos internos. O envolvimento de médicos em todas as etapas minimizou o tensionamento entre as equipes, uma vez que novos processos e fluxos internos envolvendo toda a equipe foram revisados e alterados.

Considerando a inserção das UPAs 24h como parte de uma rede de atenção em cuidados à saúde, foram desencadeadas ações de sensibilização junto às equipes de saúde

dos demais serviços adscritos ao território. O impacto da implantação do SCRM para dentro das UPAs 24h foi discutido diretamente com integrantes das Equipes de Saúde da Família (EqSF) das UBS, assim como com os conselheiros dos Conselhos Gestores de Saúde dos respectivos serviços. Novamente, aqui é possível identificar não só um compromisso ético político de democratização e de participação nos processos de construção do SUS, mas, também, uma concepção sobre o sistema de saúde e de rede de atenção. Em outras palavras, o próprio caráter ‘conversacional’ ou dialógico da forma de implantação evidencia um entendimento da gestão não apenas de modo funcional/funcionalizante, mas que considera a singularidade e a complexidade das organizações de saúde. Ao final do projeto de implantação do SCRM, foram capacitados 222 profissionais (médicos e enfermeiros), sendo 188 (85%) certificados como profissionais habilitados para a metodologia. A validação da implantação (auditoria externa) foi realizada pelos auditores do GBCR, totalizando 136 horas de acompanhamento *in loco* nos dez serviços.

Houve ainda a formação de 34 profissionais, médicos e enfermeiros, habilitados para exercer a atribuição de auditores internos da secretaria de saúde. Essa formação visa à garantia do monitoramento da aplicação do método do SCRM pelas equipes assistenciais.

O processo mensal de auditoria interna adotado, prática recomendada pelo GBCR, auxilia no amadurecimento da equipe, identificando oportunidades de melhoria para todo o processo de classificação de risco, uma vez que o *feedback* do processo é dado diretamente ao profissional classificador. Soma-se, ainda, a formação de oito instrutores do método SCRM, responsáveis pela educação continuada para Classificadores do SCRM, garantindo, assim, a formação constante dos novos profissionais. Os dois componentes de formação, auditores internos e instrutores, são estratégicos na garantia da sustentabilidade e do amadurecimento da ferramenta na RUE de SBC.

Metodologia

Procedimentos metodológicos e analíticos

Para a construção deste artigo, produzido sem financiamento específico, foram feitas duas aproximações analíticas complementares. A primeira, a produção de uma narrativa sobre a experiência da implantação dessa tecnologia de classificação de risco no município de SBC, escrita pelos próprios atores responsáveis pelo processo de implantação e, naquele momento, em situação de governo. Atores institucionais/ autores deste artigo reconstruindo o sentido da proposta, as estratégias de implantação e a avaliação que eles fazem dos avanços, limitações e desafios ainda a serem enfrentados.

Neste sentido, esta primeira aproximação analítica reflete o processo de acumulação e observação crítica de sujeitos que assumem, a priori, o caráter engajado de seu tríplice ‘estatuto’²⁹: atores em situação de governo (ex-gestores do SUS em SBC), trabalhadores da área da saúde coletiva comprometidos com o SUS e pesquisadores engajados na produção de um saber militante³⁰, qual seja: tomar a política de saúde, em particular, suas experiências pessoais na administração pública como objeto de reflexão e produção de conhecimento. Evidente que tal opção metodológica pode ser vantajosa, ao propiciar um olhar ‘por dentro’ da política, posta em análise pelos gestores que a adequaram ao nível municipal e a implementaram. Por outro, tal grau de implicação poderá funcionar como um elemento de ‘cegueira’ analítica dos reais resultados da sua implementação. Para tentar contornar tal risco é que se fez uma segunda aproximação metodológica, de caráter quantitativo, em particular, a construção de indicadores construídos com dados secundários que pudessem dar pistas sobre os reais efeitos da política.

O segundo componente analítico da implantação do SCRM baseou-se na utilização de dados secundários dos serviços para a

construção de indicadores que pudessem captar possíveis mudanças produzidas nos processos de trabalho nos SUE a partir da implantação do SCR. Para tanto, serão descritos e mensurados os procedimentos de enfermagem do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), relacionados ao acolhimento e à classificação de risco, como marcadores/sinalizadores do novo modelo de cuidado, tomando os anos de 2014 e 2016 como base de comparação para os referidos procedimentos.

Os procedimentos de enfermagem analisados apontam para uma perspectiva incremental desejada de protagonismo do profissional enfermeiro, o que é mundialmente reconhecido e decisivo para o alcance de objetivos centrais dos SCR, como o reconhecimento precoce dos riscos clínicos nas entradas dos SUE. O alcance deste objetivo é altamente dependente da atuação do profissional enfermeiro, cuja prioridade e cujo foco são a rápida identificação do risco e a seleção do fluxo de cuidado necessário, em detrimento da cultura da execução de procedimentos, como aferição da pressão arterial ou da frequência de pulso periférico, ambas já proscritas em atividades de triagem de risco, de acordo com as melhores evidências¹².

Resultados e discussão

As mudanças nos indicadores dos processos de trabalho nos dizem o quê?

A implantação do SCR trouxe resultados diretos e indiretos a toda a rede de urgência e emergência de SBC. De acordo com a análise quantitativa de procedimentos realizados (SIA-SUS), ao longo da implantação do SCR no componente pré-hospitalar, nota-se uma influência direta desse dispositivo no processo de acolhimento e classificação de risco das UPAs 24h.

A análise comparativa dos procedimentos

‘consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)’ e ‘glicemia capilar’ permite observar ampliação em 285% e 54%, respectivamente, entre os anos de 2014 e 2016. Já com relação à ‘aferição de pressão arterial’, observa-se redução de 42% no mesmo período (*tabela 1*). Importante ressaltar que o volume de atendimento das unidades (‘atendimento de urgência em atenção especializada’) apresentou um aumento de apenas 7% entre os anos analisados (*tabela 1*). Esses resultados permitem inferir que o protocolo anterior de acolhimento e classificação de risco permitia um processo de coleta de sinais vitais que não agregava maior segurança para a classificação de risco e priorização clínica do paciente.

Além da reorganização direta de fluxos assistenciais internos aos serviços do componente pré-hospitalar e hospitalar, o SCR permitiu identificar com maior precisão os motivos de procura das unidades por parte dos usuários e suas respectivas gravidades clínicas. Essa identificação permitiu a implantação de protocolos assistenciais direcionados às necessidades dos usuários e integrados com o componente hospitalar da RUE. Entre eles, pode-se citar a implantação do protocolo voltado ao atendimento do usuário adulto com queixa de cefaleia.

Para os protocolos institucionais já implantados, o SCR auxiliou no aperfeiçoamento de seus fluxos internos, apoiando a gestão efetiva e padronizada do risco clínico do paciente entre as equipes das dez unidades de saúde que compõem as portas de entrada dos SUE do município. Nesse sentido, o alinhamento entre o protocolo institucional de dor torácica, juntamente ao SCR, resultou no aumento de 45% do quantitativo de eletrocardiogramas realizados nas unidades (*tabela 1*).

Conforme observado na literatura^{26,31-35}, o SCR também tem auxiliado no gerenciamento das demandas posteriores à classificação de risco, como recursos humanos e tecnológicos necessários ao atendimento dos pacientes, de acordo com os níveis de prioridade. Todos

esses aperfeiçoamentos permitem uma maior segurança na condução dos casos, além do exercício de um maior protagonismo por parte da equipe de saúde, em especial, da enfermagem, que adquire maior autonomia e capacidade no atendimento às UE. Esse é um ponto significativo nas mudanças culturais da estrutura organizacional induzidas pelo novo modelo de cuidado, que repercutiram

também nas relações interprofissionais e nos arranjos de poder nos SUE, preponderantemente centrados no profissional médico, até então. Elementos centrais e que demandam indubitavelmente outros desenhos investigativos que aportem mais elementos na capacidade ou não do SCRUM de conduzir as transformações nos processos de trabalho e nas relações de poder.

Tabela 1. Número de procedimentos realizados nas 9 UPAs 24h, 2014 - 2016

PROCEDIMENTOS	2014	2016	2016/2014
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	736.972	791.909	7%
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	209.229	806.425	285%
0301100039 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	320.783	184.541	-42%
0214010015 GLICEMIA CAPILAR	105.766	162.675	54%
0211020036 ELETROCARDIOGRAMA	21.007	30.467	45%

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA SUS)³⁶.

Outro ganho do processo de implantação do SCRUM nos SUE e no SEH envolve a gestão do cuidado em rede. A identificação e a segmentação dos riscos clínicos dos pacientes que procuram os SUE auxiliaram indiretamente na gestão da clínica dos pacientes adscritos às UBS responsáveis pelo cuidado longitudinal dos usuários. A prioridade do SCRUM, identificada no atendimento nos SUE, influencia diretamente as ações que as EqSF desencadeiam na gestão clínica do paciente, potencializando o acesso integral e equânime ao cuidado e às ações de promoção e prevenção. As classificações de risco realizadas nos SUE com prioridades de maior risco clínico abrem a possibilidade das EqSF reprogramarem o cuidado ofertado ao usuário, concentrando maiores esforços na abordagem terapêutica. Por outro lado,

as classificações de risco com prioridades de menor risco clínico auxiliam na identificação dos usuários hiperutilizadores, de alta frequência, dos SUE.

Importante destacar, ainda, as limitações que o processo de classificação de risco pode induzir às equipes de enfermeiros. Ao mesmo tempo que o protocolo amplia significativamente a segurança clínica para ambos os lados da relação equipe de saúde-usuário, ele também é capaz de mecanizar essa mesma relação, reduzindo a potência da equipe frente às diversidades de demandas e necessidades nos SUE. Tal risco reforça a oportunidade do uso de estratégias complementares e simultâneas, com vistas a proporcionar maiores e reais ganhos em autonomia e efetividade para a prática clínica dos enfermeiros, como a educação permanente.

Considerações finais ou a necessidade de novos estudos

É possível afirmar que a implantação do SCRM na rede de urgência e emergência de SBC foi capaz de produzir benefícios relacionados diretamente à reorganização dos fluxos e dos processos de trabalho das portas de entrada dos SUE.

A implantação atuou de forma indutora e colaborativa para outros movimentos e estratégias de aprimoramento da produção e da gestão do cuidado, com vistas ao alcance de uma maior e mais sinérgica integração entre os componentes da RUE, e destes com a integralidade do sistema de saúde municipal. Mas esse tema necessitaria de um maior aprofundamento investigativo que pudesse revelar como tal fato se deu.

O novo processo de acolhimento e classificação de risco também lançou aos gestores novos desafios na dimensão técnico-assistencial da produção do cuidado integral e na dimensão da autonomia do trabalho das diferentes profissões das equipes de saúde dos SUE. Esse talvez seja um ponto importante a ser melhor estudado, diante das pistas apresentadas neste artigo.

Há limites objetivos e possivelmente comuns aos múltiplos contextos de implantação do SCRM nos SUE do SUS, como a formação tecnocrática do profissional enfermeiro, muito centrada nas atividades de reprodução e checagem de processos e menos afeita a identificar problemas prioritários com clareza, com vistas a produzir cognição com melhores soluções e desfechos clínicos, competência crucial para os cenários de gestão da clínica. A posição de poder e hierarquia do médico com relação à equipe representa um outro limite para a implantação do SCRM, pois tal arranjo poderá ser visto por esse profissional como uma quebra dessa posição, em particular, com relação à sua autonomia na condução do caso. Um processo de maior horizontalização

das relações hierárquicas entre o médico e o enfermeiro, a partir da mudança do papel da enfermagem, poderá colocar novas questões para a própria prática médica. O possível estabelecimento de maior cooperação na equipe é também razão para o desencadear mais frequente e intenso de situações de conflito entre os núcleos profissionais?

Mas também há evidentes avanços a partir de iniciativas como a descrita, pois aprimoramentos de estratégias e de tecnologias de gestão do cuidado demandam, de forma insubstituível, testes de aplicação seguidos de acurada análise na curva do tempo. Quanto maior for a disposição para tais esforços de uso e análise, mais efetivas e autênticas serão as repercussões da decisão de implantar tecnologias como o SCRM no âmbito do SUS.

Os resultados aqui apresentados são um primeiro plano de aproximação das repercussões que o SCRM é capaz de produzir nas dimensões da gestão do cuidado, em particular, na dimensão organizacional e profissional. É evidente que na dimensão organizacional sua implantação trouxe mudanças internas aos SUE, com as evidentes transformações dos fluxos de trabalho, da infraestrutura física – necessária para sua aplicação – e da formação de quadros para aplicação, acompanhamento e avaliação dos protocolos.

O quanto o SCRM produz de mudanças para fora, para a construção de rede, é uma incógnita a ser estudada. Num primeiro momento, essa tecnologia pode ser vista como uma forma de encarar o ‘inevitável’ – a superlotação dos SUE, dada pela facilidade de acessar um conjunto de tecnologias, desde a consulta médica até a realização de exames – e, portanto, de organizar esse fluxo para dentro dos SUE.

A concepção do SCRM não fala de construção de rede, ou o ‘fora’, contudo, a experiência de SBC guarda uma particularidade, pois a implantação do SCRM foi mais um componente de uma política de saúde municipal que buscou implementar o SUS com capacidade real de atender, com integralidade e equidade, às necessidades de saúde das pessoas. Seria

possível, metodologicamente, ver o quanto ele, isoladamente, contribuiu para essa integralidade e equidade do cuidado?

Na dimensão profissional, novos estudos, de caráter qualitativo e micropolítico, são necessários; investigações que nos permitam compreender as transformações concretas que essa tecnologia é capaz de produzir nos processos de subjetivação dos profissionais de saúde. Investigações que possam responder à seguinte questão: a implantação do SCRUM, como uma nova organização do processo de trabalho, altera as relações de poder tão marcadas na produção do cuidado, estabelecendo novas formas de trabalho em equipe?

O trabalho apresentado provoca, ainda, a pensar outras questões: o protagonismo da enfermagem no cuidado é capaz de alterar a relação desse profissional com os médicos? Que mudanças provoca na relação com outros membros da equipe? Como essa mudança tem sido operada e percebida pelos médicos? Que resistências são identificadas? O SCRUM incide sobre a autonomia médica? São perguntas em aberto.

Mas elas não param por aí, pois é preciso, também, entender como e se tal tecnologia de cuidado impacta na produção do cuidado

para o usuário. Que estratégias os usuários têm realizado para o acesso que tanto almejam para produzir seu cuidado, a partir dessa nova tecnologia, que pode ser vista como a criação de uma nova barreira? Eles incorporam o SCRUM no cômputo do seu agir para produzir o cuidado que buscam?

Colaboradores

Sacoman TM (0000-0002-1407-2860)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados. Beltrammi DGM (0000-0003-3964-3700)* contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados. Andrezza R (0000-0002-3332-2183)* contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Cecílio LCO (0000-0002-9207-4781)* contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Chioro dos Reis AA (0000-0001-7184-2342)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2009 jul; 25(7):1439-1454.
2. Beltrammi DGM. Efetividade das intervenções para redução da superlotação nos serviços de emergência hospitalar [dissertação]. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2015. 83 p.
3. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LF, et al. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 fev; 19(1):26-33.
4. Van Veen M, Teunen-Van der Walle VFM, Steyerberg EW, et al. Repeatability of the Manchester Triage System for children. *Emerg. Med. J.* 2010 jun 28; 27(7):512-516.
5. Dal Ponte ST, Machado A, Dutra APG, et al. Dor como queixa principal no serviço de Pronto-Atendimento do Hospital Municipal de São Pedro do Sul-RS. *Rev. Dor*. 2008; 9(4):1345-1349.
6. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E, organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: UFS; 2009. p. 29-56.
7. Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, et al. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *RFO UPF*. 2010; 15(3):247-252.
8. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, et al. Profile of the population cared for in a referral emergency unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(3):548-556.
9. Diniz AS, Silva AP, Souza CC, et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. *Rev. Eletr. Enf. [internet]*. 2014 [acesso em 2018 abr 26]; 16(2):312-320. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21700>.
10. World Health Organization. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action [internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2018 abr 27]. Disponível em: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/78256/1/9789241564564_eng.pdf?ua=1.
11. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 2018 abr 27]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/145086>.
12. Ganley L, Gloster AS. An overview of triage in the emergency department. *Nurs. Stand.* 2011; 26(12):49-56.
13. Azeredo TRM, Guedes HM, Almeida RAR, et al. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int. Emerg. Nurs.* 2015; 23(2):47-52.
14. Albino RM, Grosseman S, Riggenbach V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de urgência de qualidade. *Arq. Catarin. Med.* 2007; 36(4):70-75.
15. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, et al. Comparison of an informally structured triage system, the emergency severity index, and the Manchester triage system to distinguish patient priority in the emergency department. *Acad. Emerg. Med.* 2011; 18(8):822-829.
16. Coutinho AAP. Classificação de risco nos serviços de emergência: uma análise para além da dimensão técnico assistencial [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. 206 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Qualisus: política de qualificação da atenção à saúde*. Brasília, DF: MS, 2004.
18. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(7):1502-1514.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 8 Dez 2011.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.663, de 06 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Diário Oficial da União. 7 Ago 2012.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 13 Out 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 Dez 2010.
23. Santamaría CE. Triage en urgencias y emergencias hospitalarias: revisión de los principales sistemas de triage internacionales [trabalho de conclusão de curso] [internet]. Madrid: Universidad Autonoma de Madrid; [2016]. 49 p. [acesso em 2018 maio 5]. Disponível em: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/671786/estebaranz_santamaria_cristinatfg.pdf?sequence=1.
24. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: concept, history, and types. *Ann. Emerg. Med.* 2007; 49(3):275-281.
25. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, et al. Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(4):587-594.
26. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Predictive value of the Manchester Triage System: evaluation of patients' clinical outcomes. *Rev. Bras. Enferm.* 2015; 68(1):45-51.
27. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o Sistema de Manchester de Classificação de Risco em sua instituição de saúde. 2. ed. [internet]. Belo Horizonte: GBCR; 2015 [acesso em 2018 maio 2]. [18 p.]. Disponível em: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>.
28. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil/São Paulo/São Bernardo do Campo [internet]. Brasília, DF: IBGE; c2017 [acesso em 2018 abr 27]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/panorama>.
29. Cecilio LCO. A questão do duplo/tríplice estatuto nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Fórum Sociol.* 2014; 24(número temático):113-120.
30. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MM, et al., organizadores. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho.* São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.
31. van der Wulp I, Schrijvers AJP, van Stel HF. Predicting admission e mortality with the emergency severity index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emerg. Med. J.* 2009; 26(7):506-509.
32. Martins HMG, Cuña LMCD, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? A study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg. Med. J.* 2009; 26(3):183-186.
33. Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Predictive validity of the Manchester Triage System: evaluation of outcomes of patients admitted to an emergency department. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(6):1041-1047.
34. Gonçalves PC, Pinto Júnior D, Salgado PO, et al. Re-

- relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a emergency hospital. *Invest. Educ. Enferm.* 2015; 33(3):424-431.
35. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49(1):144-151.
36. Departamento de Informática do SUS – DATASUS [internet]. Análise da produção assistencial ambulatorial por local de atendimento [acesso em 2017 fev 14]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>.
-

Recebido em 25/05/2018

Aprovado em 02/02/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve