

Os enfermeiros e o Manchester: reconfiguração do processo de trabalho e do cuidado em emergência?

Nurses and the Manchester: rearranging the work process and emergency care?

Enfermeras y Manchester: ¿reconfigurando el proceso de trabajo y la atención de emergencia?

Graça Carapineiro^I

ORCID: 0000-0003-4374-5021

Arthur Chioro^{II}

ORCID: 0000-0001-7184-2342

Rosemarie Andrezza^{III}

ORCID: 0000-0002-3332-2183

Sandra Maria Spedo^{III}

ORCID: 0000-0001-5951-5314

Ana Lúcia Medeiros de Souza^{II}

ORCID: 0000-0003-4613-6790

Eliane Cardoso de Araújo^{II}

ORCID: 0000-0001-5123-0314

Tiago Correia^{III}

ORCID: 0000-0001-6015-3314

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio^{II}

ORCID: 0000-0002-9207-4781

^IInstituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal.

^{II}Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^{III}Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal.

Como citar este artigo:

Carapineiro G, Chioro A, Andrezza R, Spedo SM, Souza ALM, Araújo EC, et al. Nurses and the Manchester: rearranging the work process and emergency care?.

Rev Bras Enferm. 2021;74(1):e20200450.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0450>

Autor Correspondente:

Rosemarie Andrezza

E-mail: rbac48@gmail.com

EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 08-07-2020

Aprovação: 17-09-2020

RESUMO

Objetivos: compreender as mudanças de papéis dos enfermeiros na organização da divisão do trabalho no hospital a partir da implantação do Sistema Manchester de Classificação de Risco em hospital de urgência e emergência. **Métodos:** estudo etnográfico, com o emprego de diferentes técnicas de produção e de análise de dados. **Resultados:** o Sistema Manchester de Classificação de Risco organizou os fluxos e lugares, resultando em qualidade do cuidado e em mudanças nos processos de trabalho. Relações de conflito relacionadas às discordâncias na classificação do risco estiveram presentes. **Considerações Finais:** os papéis tradicionais dos enfermeiros se transformaram, mas não se pode afirmar que houve mudança estrutural da posição deles na organização da divisão do trabalho no hospital. As fronteiras da autonomia, portanto de aumento de profissionalização dos enfermeiros, não são fixas nem estáveis, alargando ou contraindo de acordo com as mudanças micropolíticas da governabilidade do cuidado.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência; Enfermagem em Emergência; Cuidados de Enfermagem; Triage; Administração dos Cuidados ao Paciente.

ABSTRACT

Objectives: to understand the changing roles of nurses in labor division organization in hospitals from the Manchester Triage System implementation in an emergency hospital. **Methods:** this is an ethnographic study that used different production techniques and data analysis. **Results:** the Manchester Triage System organized flows and places resulting in quality of care and changes in work processes. Conflict relationships related to disagreements in risk stratification were present. **Final Considerations:** the traditional roles of nurses have been transformed, but it cannot be said that there was a structural change in their position in labor division organization in hospitals. The frontiers of autonomy, therefore of increasing the professionalization of nurses, are neither fixed nor stable, expanding or contracting according to the micropolitical changes in the governance of care.

Descriptors: Emergency Medical Services; Emergency Nursing; Nursing Care; Triage; Patient Care Management.

RESUMEN

Objetivos: comprender los roles cambiantes de las enfermeras en la organización de la división del trabajo en el hospital desde la implementación del Sistema de Triage Manchester en un hospital de urgencia y emergencia. **Métodos:** estudio etnográfico, utilizando diferentes técnicas de producción y análisis de datos. **Resultados:** el Sistema de Triage Manchester organizó flujos y lugares, lo que resultó en calidad de atención y cambios en los procesos de trabajo. Estuvieron presentes relaciones conflictivas relacionadas con desacuerdos en la clasificación del riesgo. **Consideraciones Finales:** los roles tradicionales de las enfermeras se han transformado, pero no se puede decir que hubo un cambio estructural en su posición en la organización de la división del trabajo en el hospital. Las fronteras de la autonomía, por tanto de incrementar la profesionalización del enfermero, no son fijas ni estables, ampliándose o contrayéndose según los cambios micropolíticos en la gobernanza del cuidado.

Descriptorios: Servicios Médicos de Urgencia; Enfermería de Urgencia; Atención de Enfermería; Triage; Manejo de Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

A implantação de medidas que visam à reorganização do fluxo de entrada dos pacientes em serviços de emergência e urgência tem sido um norte em sua organização. O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) representa um dispositivo de atendimento por prioridade clínica. Objetiva identificar e priorizar o atendimento clínico em tempo oportuno e resolutivo, em contraposição ao realizado por ordem de chegada⁽¹⁾. Enfermeiros classificam o risco por intermédio de algoritmos permitindo que os indivíduos que demandam cuidados imediatos sejam atendidos primeiro, seguindo-se os que aparentam gravidade clínica e nível de sofrimento menor⁽²⁾.

Esse arranjo tecnológico, criado e implantado inicialmente na cidade de Manchester, no ano 2000, foi rapidamente incorporado em vários países, entre os quais o Brasil. Artigo recentemente publicado sobre a implantação do SMCR em uma rede municipal de urgência do Sistema Único de Saúde (SUS) clarifica os processos básicos da sua operacionalização, o que inclui componentes de controle, de auditoria e de treinamentos permanentes por parte da gestão⁽²⁾.

De forma concisa, tal arranjo classifica a gravidade das queixas e dos sintomas dos usuários a partir de protocolos pré-definidos para 52 condições clínicas. Essa gravidade, ligada ao risco, obedece a uma escala de cores que define, por fim, a ordem de atendimento e o fluxo do paciente⁽³⁾. A despeito disso, nem sempre a classificação funciona como um filtro eficaz para definir rapidamente o diagnóstico e, portanto, o seguimento de condições clínicas complexas e críticas. Outros fatores acabam por influir, redeseenhando a protocolização do SMCR, podendo originar intensas variações de classificação do risco e consequentes estratégias de intervenção, de acordo com a maior ou menor contingencialidade e imprevisibilidade da situação clínica dos usuários.

A literatura internacional destaca a atuação dos enfermeiros de prática avançada, ou *nurse practitioner*, nos serviços de emergência e urgência⁽⁴⁻⁶⁾, indicando que esta atuação pode melhorar o acesso, diminuir a lotação, melhorar a qualidade do cuidado, diminuir o tempo de permanência e aumentar a satisfação do paciente. Ressalta, também, a posição estratégica dos enfermeiros na operacionalização do SMCR, seja nas salas de classificação destinada à regulação do fluxo de entrada e priorização do atendimento⁽⁶⁾ ou na organização dos fluxos internos dos processos de trabalho.

Esses dois aspectos, quando colocados no plano da operacionalização do SMCR, levantam questões pertinentes para a análise: até que ponto há mudança dos papéis profissionais dos enfermeiros? Provocam mudanças estruturais ou apenas funcionais, acrescentando dimensões na prática dos enfermeiros que respondem eficazmente à pressão dos tempos, que desencadeiam maior fluidez dos fluxos do cuidado? A designada posição estratégica dos enfermeiros na operacionalização do SMCR pode corresponder também à emergência de ganhos de controle, criação e liberdade sobre as suas práticas, com ganhos no aumento das dimensões de profissionalização. Por outro lado, no SMCR, a posição de poder do médico, seja nos cargos de gestão e auditores do próprio sistema ou como clínicos no próprio espaço hospitalar de urgência e emergência, pode impor limites ao alargamento dessa autonomia, nomeadamente da que se refere à condução da decisão dos casos clínicos. Entretanto, a

nova posição dos enfermeiros poderá criar novas modalidades de conflito nas relações da enfermagem com a medicina.

O artigo abordará a autonomia profissional dos enfermeiros em um Hospital de Urgência e Emergência (HUE) como um das dimensões do profissionalismo, a partir de dois planos analíticos intrinsecamente ligados, com a implantação de um novo modelo tecnoassistencial de acolhimento e classificação de risco através da protocolização de sinais e sintomas clínicos, o que qualifica, ordenada e regula o fluxo dos usuários à entrada do serviço de urgência emergência. O primeiro é relacionado às mudanças das práticas de enfermagem e às transformações dos processos de trabalho a partir dessa nova reordenação organizacional do HUE, ou seja, de fluxos e lugares do cuidado. O segundo busca uma aproximação as mudanças de posição e papéis da enfermagem na divisão de trabalho e as relações de conflito.

OBJETIVOS

Compreender as mudanças de papéis e de posição da enfermagem na organização da divisão do trabalho no hospital, que podem ter sido desencadeadas a partir da implementação do Sistema Manchester de Classificação de Risco em um serviço hospitalar de urgência e emergência.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este artigo faz parte de uma investigação maior, que teve como objetivo principal compreender como arranjos de gestão do cuidado em serviços de urgência e emergência são operacionalizados pelos profissionais⁽⁷⁾. Foram, para tanto, respeitados os aspectos éticos de manutenção de sigilo, de concordância sobre os riscos envolvidos nos procedimentos metodológicos e de garantia do tratamento não individualizado. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde.

Referencial teórico-metodológico

Com a intenção de uma maior aproximação ao mundo do trabalho e do cuidado, compreendendo como ele é significado e construído pelas pessoas que o habitam, é inevitável tomar o caminho da etnografia, que por é entendida como:

[...] uma atividade de pesquisa no terreno, por prolongados períodos de tempo, com contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização em formato de texto da experiência [...] trata-se de uma atividade durante a qual vai sendo construído o saber teórico conjuntamente à coleta dos dados. Assim, não é somente um método de pesquisa, mas um processo conduzido com uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às pessoas com as quais o antropólogo trabalha. [...] o trabalho [...] consiste em olhar, ouvir e escrever. [...] essa vivência só é assegurada pela observação participante⁽⁸⁾.

Em consonância com o objetivo do artigo e com o referencial metodológico para análise dos achados, serão utilizados autores da sociologia das profissões⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Tipo de estudo

Realizou-se uma investigação de caráter etnográfico⁽¹¹⁾. Utilizou-se, para descrição da metodologia deste artigo, o SRQR (*Standards for Reporting Qualitative Research*).

Procedimentos metodológicos

As estratégias metodológicas adotadas se traduziram na presença prolongada e continuada de pesquisadores em campo para observar a operacionalização cotidiana do SMCR pelos enfermeiros nas diferentes salas e horários. A cada visita ao serviço foram elaborados diários de campo. Resultou de tal opção uma aproximação às micropolíticas da gestão do SMCR e à regulação dos tempos de acesso dos pacientes para a produção de cuidado⁽⁷⁾, assumindo-se que esses processos se redefinem e redesenham à medida da sua utilização pelos atores implicados sua execução e gestão.

A sistematização dos achados sistematizados em três grandes blocos, descritos a seguir no subitem coleta e organização dos dados, foram apresentados em seminários compartilhados entre pesquisadores, gestores e coordenadores responsáveis pelo HUE. Além de validar os achados a partir de uma primeira restituição dos resultados, coletaram-se novos elementos empíricos. Diante dessa constatação, foi realizada uma nova rodada de seminários, agora com os corpos profissionais. No caso deste artigo, utilizaram-se os seminários com os enfermeiros. No Quadro 1, estão descritas as diferentes técnicas de produção de dados utilizadas.

Quadro 1 - Descrição das técnicas de pesquisa utilizadas

Técnica utilizada	Atores envolvidos e local	Período e duração	Objetivo
Observação participante 50 diários campo	- 3 pesquisadores de campo; - salas de operacionalização do SMCR.	De agosto de 2017 a maio de 2018, todos os dias da semana, em vários horários.	Caracterizar o funcionamento do SMCR observando as relações das equipes, dos profissionais e usuários.
Seminário compartilhado com enfermeiros	- 3 pesquisadores; - 16 profissionais: coordenadores dos eixos e salas adulto e criança, diaristas, plantonistas.	2018 01 seminário compartilhado de 2h20	Discutir com os enfermeiros os achados das análises do material empírico dos diários de campo e dos seminários compartilhados com os gestores e coordenadores do HUE.

Nota: SMCR - Sistema Manchester de Classificação de Risco; HUE - Hospital de Urgência e Emergência. Fonte: Relatório de técnico-científico de pesquisa (2020)⁽⁷⁾.

Cenário do estudo

A investigação foi conduzida em um HUE, certificado como hospital de ensino, pertencente a uma rede municipal de saúde,

que é referência para o atendimento de urgência e emergência, atendendo tanto a demanda espontânea quanto a referenciada pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e pelas UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) do município. Diversos arranjos tecnológicos propostos pela Política Nacional de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde⁽¹²⁾, como o acolhimento com classificação de risco e a gestão de leitos e de cuidado (Kanban), estão implantados neste hospital.

Sua escolha justifica-se por ter em funcionamento o SMCR, arranjo tecnológico eleito para as reflexões que se pretende fazer neste artigo, dada a posição central dos enfermeiros na condução do mesmo. O SMCR está implantado no hospital há oito anos, e é operacionalizado em fluxo contínuo em três salas de acesso geral ao HUE adulto (PS -Pronto-Socorro- adulto), em uma sala no HUE de pediatria e nas entradas da emergência - salas vermelhas de pediatria e de adultos - para usuários, com maior gravidade, que chegam trazidos por ambulâncias e SAMU.

Há uma nítida mudança reconhecida tanto pelos gestores do HUE (seja aqueles que implantaram o SMCR, seja os que dirigem o HUE no momento da pesquisa) quanto pelos profissionais que ali atuam. Essas mudanças estão relacionadas à organização interna do trabalho, mas que refletem no cuidado dos usuários seja pelo tempo de permanência ou pela assistência prestada. Sacoman et al. (2019)⁽²⁾ descrevem a implantação desse sistema na rede municipal de hospitais. No primeiro plano de análise, há uma descrição dos fluxos e lugares a partir da implantação do SMCR.

Coleta e organização dos dados

Os diários de campo (DC), elaborados pelos pesquisadores, em diferentes dias e horários da semana, durante quase um ano, foram processados e analisados no coletivo de pesquisadores em seminários quinzenais de pesquisa. Em uma primeira sistematização analítica, o material empírico foi organizado em três grandes blocos: as relações internas à equipe; as relações das equipes com os usuários; as relações da equipe com a direção do hospital. Desse material, foram selecionadas situações e reflexões feitas pelos profissionais do HUE presentes nos DC, que foram restituídas em seminários compartilhados (SC) com pesquisadores, equipes de gestão e de coordenação profissional do hospital. Novas questões foram levantadas, tendo sido posta a necessidade de outros encontros, agora com corpos profissionais específicos⁽⁷⁾.

Para a elaboração deste artigo, foram recortados dos DC os registros referentes aos enfermeiros e à transcrição do SC com os enfermeiros relacionados ao objetivo deste artigo.

Análise dos dados

Para análise dos dados, procedeu-se a leitura exaustiva dos DC e da transcrição integral do SC com enfermeiros. Os principais recortes do material foram apresentados em um seminário de pesquisa. Após essas reflexões, os pesquisadores responsáveis pela elaboração do artigo fizeram uma nova leitura, estruturando a análise a partir de dois planos analíticos, que indicam os achados relacionados a mudanças de papéis e de posição da enfermagem na organização da divisão do trabalho no hospital, que podem

ter sido desencadeadas a partir da implementação SMCR: a) os espaços do Sistema Manchester de Classificação de Risco: fluxos e lugares e reflexões; b) Sistema Manchester de Classificação de Risco em ação: processos de trabalho e relações de conflito.

RESULTADOS

Os espaços do Sistema Manchester de Classificação de Risco: fluxos-lugares e reflexões

Os processos de acolhimento e classificação de risco dos pacientes ocupam espaços físicos diferentes no prédio do HUE. Todos os adultos que chegam deambulando ou em cadeiras de rodas são acolhidos por um técnico de enfermagem no balcão de acolhimento (assim denominado), ao lado de um totem, onde retiram senha para atendimento, após a orientação do técnico. Na entrada do PS adulto, é a técnica de enfermagem que entrega a senha para a classificação de risco e imediatamente realiza uma primeira abordagem. Denominamos esse profissional de “totem humano”, pois além de entregar a senha, orienta os usuários; ao identificar a gravidade, coloca o paciente em prioridade para a classificação de risco, às vezes chegando a conduzi-lo até a sala de classificação de risco. A situação abaixo, registrada em um dos DC, indica a dinâmica ocorrida nesse espaço.

[...] fico no balcão do acolhimento com a técnica de enfermagem [...], que conta que muita gente que chega para consulta não precisava ir até o PS, tem gente que deveria ir para as UBS. Carteira de identidade? Fala dos painéis e me diz: eles não entendem o painel, muitos perdem a vez e voltam aqui [...]. A entrada de pessoas não para. Ela também dá informações aos que estão perdidos. (DC)

Próximo ao balcão de acolhimento do PS adulto há uma sala de espera para usuários que aguardam consulta de ortopedia, onde não há classificação de risco, e outra para todas as outras especialidades clínicas. Ao observar esse espaço, é fácil compreender os motivos que levam os usuários a perderem a sua chamada. É visível, e a própria enfermeira discorre sobre os painéis na sala de espera, pois “(...) nem sempre os usuários entendem, alguns não sabem ler, e a localização não ajuda”.

O trabalho de classificação de risco ocorre:

[...] numa sala pequena, [porta aberta], mas como todos os equipamentos necessários, sem lugar para o acompanhante. Quando ele está presente fica em pé. A cada comando no computador, que corresponde a uma resposta “de uma pergunta do protocolo, uma outra página se abre, tudo informatizado, e rapidamente a enfermeira faz a classificação. As perguntas são padrão, mas surgem as singularidades, e o protocolo, mesmo que por um segundo, fica de lado”, mas me impressiona a disciplina das enfermeiras. (DC)

Mesmo os pacientes que chegam deambulando podem ser classificados como alto risco, e encaminhados diretamente para a sala vermelha. Nesse caso, a própria classificadora leva o paciente, em cadeira de rodas, até a sala vermelha, onde passa o “caso” e “entrega” o paciente de forma rápida à enfermeira da sala vermelha.

Ao falar dos lugares e dos fluxos, fica evidente o quanto o SMCR, um arranjo tecnológico do cuidado relacionado ao acesso com prioridade para os pacientes mais graves, em um processo de racionalização da entrada, influencia a organização dos espaços e lugares e os processos de trabalho para “dentro” do HUE. Ou seja, a partir da implantação do SMCR, o HUE foi organizado por eixos relacionados às cores, que expressam a gravidade clínica dos casos. Desta forma, as salas passam a receber a sua denominação pelo grau de gravidade - sala de observação do eixo verde, sala amarela e sala vermelha, por exemplo. Cada um dos eixos tem seus profissionais definidos, ou seja, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e assistentes sociais. O espaço físico é esquadrihado como lugar de cuidar dos mais graves, dos menos graves, de acordo com seus tempos e necessidades. Os profissionais da equipe multiprofissional circulam pelos eixos. É a partir desta constatação, tanto observada quanto relatada pelos enfermeiros, que eles consideram não ser mais possível pensar o HUE sem classificação de risco. Para eles, esse foi um ganho importante para o trabalho dos enfermeiros, mas, principalmente, para o cuidado do paciente, expresso mais de uma vez pela afirmação “nenhum paciente fica perdido”. Podemos, assim, considerar que:

[...] temos fluxos definidos, mas eles se entrecruzam o tempo todo: tem gente que entra pela sala vermelha, mas é verde, tem aqueles que entram deambulando, mas o caso é crítico, amarelo ou vermelho, e ainda há aqueles que complicam ou saem da crise durante a estadia. O espaço é insuficiente, e não é linear. Tem tensão, até discutimos, mas no final achamos uma solução [...]. (DC)

Em síntese, foi possível observar como um arranjo de “porta” reorganiza o cuidado, seus lugares, fluxos e profissionais, tal qual registrado por uma das pesquisadoras em seu DC.

Fica claro que o fluxo foi uma conquista, uma obra, uma “arte”, protagonizada pelas enfermeiras e sua equipe. Elas sabem o que está em causa, mesmo convivendo com um espaço que não é tão esquadrihado e liso como o papel, o desenho dos fluxos, pode nos fazer supor. Argumentam e defendem os fluxos, têm consciência que as cores da “classificação” são mais matizadas, que as fronteiras são borradas o tempo todo, pois não têm dúvidas de quanto esta organização ajudou o cuidado realizado aos pacientes no PS. (DC)

O Sistema Manchester de Classificação de Risco em ação: processos de trabalho e relações de conflito

Logo nas primeiras idas ao campo, foi possível observar que os enfermeiros não escondiam a importância estratégica do SMCR. Como já comentado, são os protocolos que auxiliam a determinar os fluxos de pacientes, dando aos enfermeiros a segurança e o respaldo para a tomada de decisão relativa à entrada deles no serviço, mesmo que tal aconteça frequentemente em uma atmosfera de trabalho com interpelação e questionamentos por parte da equipe de saúde, incluindo os médicos, os usuários e os acompanhantes. Uma enfermeira diz que:

[...] o Manchester deu para os enfermeiros um pouco de autonomia e respaldo com relação à entrada do paciente no serviço. Porque até então era feita uma triagem e isso era feito por um técnico de enfermagem. Mas isso, muitas vezes, era questionado pela

equipe médica e eles que meio detinham a conduta de para onde esse paciente ia. [...] Aquele fluxo existe, o enfermeiro vai seguir e o médico vai ter que seguir e aceitar. Então, deu um pouco de respaldo [...], especialmente para o enfermeiro que está na linha de frente. (SC dos enfermeiros)

Estar na linha da frente não acontece sem dificuldades. A retaguarda tem de estar assegurada por pré-condições que, em função do seguimento de um fluxo, devem ser aceitas, respeitadas e seguidas. Protocolos e fluxos do cuidado de entidades técnicas e tecnológicas se transformam em entidades normativas, com uma racionalidade intrínseca que combina gerencialismo com profissionalismo, mas que estipula a suspensão provisória da definição da amplitude das autonomias de cada profissão envolvida na equipe de saúde, que pode ter um pouco mais ou um pouco menos autonomia, desde que cuide do paciente em tempo adequado e de acordo com a gravidade da situação.

Entreveem-se, nos discursos dos enfermeiros, representações sobre a sua autonomia, que se estruturam em torno de pressões gerenciais e tensões profissionais que atravessam os seus cotidianos de trabalho e na relação com os quais emergem conflitos.

O trabalho dos classificadores é insano: regulado, mecanizado, cronometrado, parametrizado. As jornadas de trabalho são longas. Os [...] conflitos com os médicos [discordância da classificação, centralmente] já foram relatados por outros pesquisadores e apontados em outros estudos, mas, segundo elas, tudo parece se resolver bem com conversa. Os pacientes frequentemente dão informações diferentes de seus sintomas para o médico e para enfermeira, e estaria aí uma das bases do conflito. (DC)

Os enfermeiros refletem sobre seu novo papel com o SMCR, e dizem como compreendem os motivos dos questionamentos:

[...] na verdade, no Manchester, é o enfermeiro que detém poder, que define onde o paciente, quando ele entra, pra onde ele vai, como ele vai receber o atendimento, qual a especialidade que ele vai receber. A gente tem conflito com todos, com a recepção, com o vigilante, com a enfermagem, com o serviço social. Porque a gente classifica de acordo com a queixa que o paciente está trazendo. E, na maioria das vezes, eles [os usuários] não concordam, porque já entenderam a prioridade. Se eu for classificado como verde, eu sei que vai demorar. Então, cada um vai dizer que a situação é a pior. [...]. Então, a gente tem esse conflito. A gente detém e determina se o paciente vai entrar com acompanhante ou não. E a gente está avaliando o paciente, está vendo se ele deambula, está conseguindo conversar, se passa todas as informações. [...]. Então, é um conflito que a gente tem com todas as áreas. E com o médico não é diferente. (SC - enfermeiro)

Essa fala mostra bem que a autonomia dos enfermeiros classificadores é de amplitude muito variável, já que não depende só da prioridade clínica atribuída aos pacientes classificados (perceptível pela cor da pulseira) e dos encaminhamentos que se seguem (tal como estão preconizados no SMCR). Essa autonomia acaba sendo submetida a uma cadeia de sucessivas reavaliações, confirmadoras ou não da classificação realizada, em que se jogam as tensões profissionais da gestão do cuidado. As repetidas situações de questionamento da classificação do risco e da

definição da prioridade do cuidado sugerem que a autonomia profissional dos enfermeiros que operacionalizam o SMCR está sempre em produção, ganhando maior ou menor elasticidade quando colocada em relação com as restantes autonomias profissionais⁽¹³⁾. Ou seja, o cumprimento de todos os procedimentos técnicos previstos não reduz, necessariamente, as relações de conflito, que se vão desdobrando nas relações entre as diferentes profissões e categorias profissionais envolvidas nas equipes de saúde do HUE. Atenuar as relações de conflito não é o objetivo do SMCR, embora pudesse ser um resultado indireto expectável dada a protocolização de decisões clínicas e fluxos de trabalho.

[...] se a gente classifica para uma especialidade ou uma classificação de prioridade que o médico não concorde [já teve vários casos], o médico fala pra voltar na classificação: pode reclassificar, porque esse caso não é assim, ou não, reclassifica porque não é de porta, é de vermelha. E vai contra a nossa classificação que segue esse protocolo. E também teve [conflitos] com a nossa própria equipe. [...] aí eles mesmos questionam o fluxo: por que estão trazendo esse paciente? A gente olha pro paciente, se a gente não fosse seguir o protocolo Manchester, a gente também concorda que ele é um paciente de vermelha. Mas é o fluxo. Pelo protocolo, a gente não pode negar. Aí a gente começa com o conflito, não, esse paciente não é daqui, ele não está desse jeito. Então, o conflito é em todos os setores, com todas as classes, com todas as especialidades. (SC- enfermeiros)

Mas os conflitos mais frequentes relatados pelos enfermeiros se referem aos questionamentos colocados pelos médicos relativamente à sua decisão clínica, sentindo-se obrigados, perante eles, a detalhar as queixas dos pacientes para justificar a classificação atribuída:

Muitas vezes [o médico] não aceita a classificação do Manchester. [...] então, dá muito embate com médicos [...]. Ele não aceita o que a gente coloca. (SC-enfermeiros)

Outra observação traz a reflexão de um enfermeiro no trabalho de classificação e sua relação com os médicos diante de uma decisão clínica.

[...] tem médico que está aberto a ouvir nossa opinião clínica. Tem médico que não aceita. Eu vejo isso muito com o Manchester, [e exemplifica] [...]. com Glasgow bem baixo pro paciente que entrou pela sala de emergência e o [enfermeiro] fala, equipe, já separa alguma coisa pra entubação porque eu acho que vamos ter que entubar esse paciente. Aí o médico não gostou e falou: você é médica? Por que você diz se vai entubar o paciente ou não? Mas era um Glasgow muito baixo, muito abaixo do que a gente observa normalmente. Mas você é médica? Como que você diz que vai entubar? Mas eu estou vendo o paciente rebaixado. [...] depois, acabou entubando o paciente mesmo. (SC - enfermeira)

Quando isso acontece, o protocolo assegura-lhes a tomada de decisão, pois, mesmo no conflito, a palavra final acaba muitas vezes por ser do enfermeiro. Mas nem sempre assim acontece, e, como visto acima, muitos são os exemplos em que os saberes que estão na base da decisão clínica dos enfermeiros que fazem a classificação, de caráter predominantemente protocolar, em

que a tecnicidade tende a se sobrepor à indeterminação, ficam submetidos ao escrutínio do saber médico como saber-poder dominante na divisão do trabalho hospitalar.

Os conflitos também surgem quando o processo de classificação se confronta com as pressões gerenciais. O trabalho é constantemente auditado pelas próprias equipes que compõem os SMCR local e externos. Isto ocorre, seja por observação direta, seja pelo cruzamento dos dados secundários produzidos no atendimento, a partir do controle dos registros no sistema, sendo difícil sair do protocolo, mesmo que as situações de risco dos pacientes assim o exijam.

Apesar de o trabalho parecer mecanizado e controlado, esses enfermeiros se deparam com casos imprevisíveis a que os protocolos não conseguem dar resposta. O relato de uma observação feita em uma sala de classificação de risco do adulto é elucidativo a este respeito:

[um adolescente entra na sala de classificação de risco, acompanhado pela mãe]. A enfermeira perguntou qual era a queixa e a mãe falou que o menino tinha problema de memória, fazia tratamento desde criança, mas agora estava se recusando a tomar a medicação. Estava desaparecido de casa há um mês [...]. Tinha ficado pelas ruas em São Paulo. Disse que a assistente social tinha passado na casa dela e orientado a buscar o PS. A enfermeira perguntou qual era queixa, sendo informada que ele tinha apanhado dos policiais.

- Mas onde está machucado? – insistia a enfermeira.

- Não sei, no pé. Foi a assistente social que mandou vir. [...]

A enfermeira [...] não sabia como registrar, parecia que o protocolo nesse momento não estava ajudando. [...]. A mãe contou que tinha levado um tiro anos atrás. A enfermeira pergunta, então, se o menino usava droga e ele disse que sim.

A enfermeira [...] disse que iriam passar com um clínico, colocou a pulseira verde e pediu para aguardarem na sala de espera [...]. Depois, virou para mim e disse - “O que fazer nessa situação”? Realmente o protocolo não dava conta desse caso [...] o que fazer? Aí levantou, pegou a ficha do menino e foi para a sala ao lado comentar com a colega. (DC)

O trabalho de classificação também depende da informação dada pelo paciente e da relação que se estabelece entre o paciente e o profissional. Isso significa que o julgamento dos enfermeiros comporta maior complexidade e diferenciação do que apenas o registro informatizado de sintomas. Para além do relato do usuário, o enfermeiro utiliza a sua percepção, e, não poucas vezes, surgem tensões entre a experiência do enfermeiro e a manifestação dos sinais e sintomas por parte dos usuários. Os usuários aprendem o significado das cores do SMCR e a estabelecer a correspondência dessas cores com os tempos de espera para atendimento. A sala de espera, antecâmara da sala de classificação, afigura-se como um lugar privilegiado de transmissão dessa e de outras aprendizagens, nomeadamente entre os pacientes que recorrem frequentemente a esse serviço e os que estão lá pela primeira vez, ou até entre os acompanhantes de uns e outros, ganhando formas particularmente ativas de agir leigo, o que já

foi designado como se assemelhando ao funcionamento de uma “rede de colegas”⁽¹⁴⁾. De fato, o tempo particularmente difícil e angustiante de estar à espera de atendimento se transforma em um tempo de oportunidades de reconhecimento dos doentes entre si e das suas doenças, e de partilha de conhecimento leigo sobre os profissionais, a sistemática da avaliação do risco e as possibilidades de poder contornar as barreiras e os constrangimentos ao acesso aos cuidados. Indagada sobre como os usuários percebem o SMCR, a enfermeira responde:

[...] inicialmente, houve muita desconfiança, mas hoje [os usuários] aceitam e entendem muito bem a lógica. Aproveito então e questiono: - na sua opinião eles já sabem o que devem dizer para conseguir uma classificação, onde a demora não seja tão grande? Ela abre um grande sorriso de concordância [mas sem julgamento], e diz: - SIM, não é mito, sabem e ensinam os outros. (DC)

Nessa situação, a enfermeira comenta como faz clínica, por fora, mesmo seguindo o protocolo:

[...] era de uma adolescente acompanhada pela mãe. Antes de entrar na sala, como eu estava na porta, pude observar sua expressão, que era tranquila, acredito que até tinha um leve sorriso no rosto. Quando a enfermeira chamou e orientou que sentasse, ela se jogou na cadeira e começou a soluçar de dor, deixando cair no chão alguns de seus pertences [...] a mãe referiu que ela estava com dor de garganta há uns dias, não tinha febre. A enfermeira foi fazendo as perguntas necessárias, e, ao final, colocou a fita verde no pulso da menina, que nessa hora já deixava rolar algumas lágrimas no rosto, [...] Levantou bem, já sem expressão de dor, e saiu. Na mesma hora, a enfermeira falou: – Está vendo esse monitor? Ele é meu espelho! Já começo a avaliação quando o paciente vem vindo pelo corredor. [...] disse que é possível ver pela expressão, cor, e outros sinais, não leva somente em consideração o que o paciente diz. (DC)

O que se observa nesses relatos são expressões do agir leigo dos usuários e do trabalho do enfermeiro, postas em ação para abreviar tempos, remover obstáculos e ultrapassar barreiras que o seguimento de um protocolo pode colocar, comprometendo o acesso rápido ao cuidado procurado. Os enfermeiros, sem perderem o controle das ferramentas técnicas de regulação do acesso ao cuidado, acabam por assumir decisões clínicas, de maior ou menor facilitação desse acesso, muito raramente a partir de um posicionamento subjetivo baseado em conhecimentos e preferências pessoais, mas a partir da utilização de conhecimentos privados, tácitos e informais, de caráter indeterminado e de sutis competências sociais e culturais que os aproximam das experiências de doença dos usuários. Isso permite-lhes mobilizar “sistemas de interpretação”, “caçar sinais e sintomas” ou “fazer reentrar” um paciente para a classificação de risco, que um protocolo, por mais parametrizado que se apresente, não consegue remover totalmente. Duas situações são bem ilustrativas do papel clínico dos enfermeiros.

[...] as enfermeiras que eu acompanhei não classificam casos azuis porque na experiência delas os pais não gostam e vão embora porque demora muito. Ela disse que algumas enfermeiras fazem um exercício muito grande “de caçar sinais e sintomas” pra “aumentar” o grau de classificação, mas ela não. (DC)

Contou de um caso que ela desconfiou que o paciente estava tendo um enfarto, encaminhou para fazer o eletro e o resultado foi negativo. Não se conformou com esse resultado, deu entrada novamente no sistema e levou o paciente para dentro e assim, segundo ela, salvou sua vida, porque realmente ele estava enfartando. (DC)

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que os enfermeiros que operacionalizam o SMCR não detêm novos papéis profissionais que se prefigurem por completo contraste com os papéis tradicionais. O conteúdo técnico dos papéis tradicionais se renova e recompõe, pois passa a incorporar inovação tecnológica para o seu desempenho ganhar mais velocidade, eficiência e rigor, mantendo-se intacta a lógica funcional de organização do trabalho de enfermagem em um serviço de urgência e emergência, como seja, acolher o paciente, avaliar a sua condição clínica e criar as condições para a produção de uma cadeia de decisão mais integrada e codificada que permita alimentar a dinâmica de trabalho em cada fluxo do cuidado, bem como a resolutividade terapêutica em cada paciente^(13,15).

A mudança de conteúdo dos papéis profissionais é somada a maior estratificação das posições dos enfermeiros nesses serviços (enfermeiros classificadores; enfermeiros auditores do SMCR; enfermeiros coordenadores do Núcleo Interno de Regulação e do Núcleo de Segurança do Paciente; enfermeiros coordenadores da educação continuada; enfermeiros coordenadores dos eixos); porém, dessa maior complexidade de posições hierárquicas não resulta necessariamente mudança da posição estrutural da enfermagem na organização da divisão do trabalho no hospital. Embora essa importância seja reconhecida nos espaços e nos tempos associados à exclusiva execução deste protocolo, não deixa de ser diretamente vigiada, controlada e auditada pelas instâncias gerenciais de coordenação e de regulação dos fluxos do cuidado^(13,15).

Tanto é assim que os enfermeiros do SMCR narram reiteradas relações de conflito que irrompem nos processos cotidianos de trabalho em que estão envolvidos, quando submetidos ao efeito conjugado das pressões gerenciais e das tensões profissionais, mormente no que respeita a discordâncias na classificação do risco dos pacientes e respectivas atribuições da cor das pulseiras e ordenamento dos fluxos. Trata-se de um constante exercício de justificativas do julgamento produzido, envolvendo ratificações e reavaliações sucessivas, face aos colegas de classificação, aos enfermeiros auditores e de controle dos fluxos, aos médicos, aos acompanhantes e aos usuários, perante as suas elevadas expectativas de cuidado⁽¹⁶⁾.

Logo, esses enfermeiros não conseguem controlar as fronteiras da sua autonomia profissional, porque essa autonomia vai ganhando amplitudes variáveis, com estatuto parcial, quando colocada em relação com a dos demais profissionais, de acordo com as transformações dos processos de cuidado. O que os resultados deste estudo nos mostraram é que a renovação e recomposição dos papéis profissionais nos processos de trabalho do SMCR não apontam para transformações significativas das suas práticas profissionais. Apontam apenas para mudanças funcionais, em que as dimensões de praticabilidade/tecnicidade ocupam um

espaço desmesurado de intervenção, asfixiando a emergência de dimensões de incerteza e de indeterminação (logo, não mecanizadas, não cronometradas, não parametrizadas, não suscetíveis de codificação), que apenas poderiam ser controladas, geridas e reguladas pelos enfermeiros que, nos contextos e de forma direta, se ocupam do sistema de classificação de risco.

A este propósito, alguns autores argumentam que as práticas de enfermagem, em contraste com as da medicina, têm se demonstrado mais abertas, relativistas, submetidas à experiência, a interpretações pessoais e assentes em conhecimento menos codificado, como expressão de uma espécie de indeterminação^(13,17). Assim, a posição da enfermagem no SMCR está reduzida às práticas visíveis e tecnicamente legíveis, dedutíveis do exercício conjugado da autoridade gerencial e da autoridade médica.

Limitações do estudo

Retomando as questões de análise pertinentes para este estudo, depois de devidamente enquadradas nos processos de racionalização que têm ocorrido nas práticas médicas hospitalares e apoiadas nas perspectivas que mais diretamente delimitaram o plano da sua reflexão teórica, podemos apontar algumas considerações finais, provisórias no tempo e no espaço, e relativas às condições de um estudo de caso, mas sempre desafiadoras e instigantes para pesquisas futuras.

O estudo realizado não permitiu obter conclusões cabais e definitivas, embora tenham sido feitas importantes aproximações. Assim, foi possível vislumbrar a eventual emergência de novos conflitos entre a enfermagem e a medicina quando a autonomia médica parece ser ameaçada pela autonomia de enfermagem. Já foi mais difícil concluir quanto às possibilidades estratégicas de emergência de formas de autogoverno que possam transformar a posição dos enfermeiros na organização do trabalho nesse arranjo tecnológico.

Há mais elementos a serem melhor explorados, em novas pesquisas, sobre a relação com os usuários na classificação de risco, sua ação autônoma, também como ponto que pode modificar e regular os próprios "algoritmos", de caráter clínicos, ao usarem seu saber apreendido nas experiências de suas próprias vidas.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os serviços de emergência e urgência acolhem a repressão de demanda gerada em outros pontos de atenção do sistema de saúde, resultando em grande insatisfação dos usuários, seja pelo tempo de espera para atendimento ou pela indisponibilidade de leitos hospitalares para internações, acarretando a permanência de um grande número de pacientes, por longos períodos, em macas nos corredores^(7,13,15).

Neste cenário, a experimentação de novos arranjos tecnológicos, em particular o SMCR, adquirem grande importância para o cuidado ao aperfeiçoar a capacidade de acolher e de identificar riscos das pessoas que buscam cuidados hospitalares, melhorando o modo como se dá a entrada do paciente no hospital. Nesse sentido, o estudo aqui apresentado traz aportes para se pensar não apenas a prática dos enfermeiros e sua relação na divisão

social de trabalho, mas, principalmente, o quanto esta prática e a maior autonomia desses profissionais representam em ganho no cuidado aos usuários, seja pela priorização dos casos mais graves ou pela agilidade de organizar o cuidado e os fluxos para dentro do hospital^(7,13,15).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos papéis profissionais dos enfermeiros que operacionalizam o SMCR, concluímos que não podemos falar propriamente da existência de novos papéis, mas apenas da sua renovação e recomposição. Como acabou de ser discutido, o conteúdo dos papéis tradicionais se transformou, com mais inovação tecnológica, na medida da maior velocidade requerida para a obtenção de mais eficiência e rigor no trabalho de avaliação e classificação de risco em um serviço de urgência e emergência, que pudesse alimentar o processo de decisão terapêutica de uma forma agilizada, integrada e resolutiva para o usuário. Mesmo havendo maior estratificação profissional, a montante e a jusante deste processo, tal não acrescenta novos papéis aos papéis tradicionais. Representa tão somente a maior complexidade da coordenação e gestão da burocracia profissional, em que os enfermeiros sempre estiveram tradicionalmente presentes e ativos, se nos reportarmos à história da organização do hospital e dos seus serviços. Logo, não podemos afirmar que haja mudança estrutural da posição da enfermagem na organização da divisão do trabalho no hospital. Essa posição continua a se manter e a se reproduzir, mas em uma outra escala, técnica e tecnológica, de produção do cuidado.

Assim, as práticas profissionais dos enfermeiros associados a esse arranjo tecnológico sofrem mudanças, mas quase exclusivamente de carácter funcional e associadas à exclusiva execução

dessa classificação do risco e ordenamento dos fluxos, imersas em situações de conflito tanto por força das pressões gerenciais quanto por efeito das tensões profissionais. As primeiras vigiam, controlam e auditam. As segundas duvidam, desmentem e desvalorizam. Para as primeiras, as práticas desses profissionais se desdobram em incessantes exercícios de demonstração do seu bom desempenho, da sua competência, da sua eficiência e da sua produtividade. Para as segundas, as suas práticas se desenvolvem em frequentes exercícios de prova de conhecimento de enfermagem, de conhecimento técnico do SMCR, de conhecimento do risco de doença, que passam por repetir e confirmar sucessivas avaliações de risco e por incessantes justificações da decisão tomada quanto aos encaminhamentos propostos. Dessas situações emergem, por vezes, relações de conflito com os colegas, com os médicos, com os doentes e seus acompanhantes. Logo, pode-se concluir que a natureza e o alcance dessas práticas profissionais não se transformam, apenas se incrementam com dimensões de eficácia e de fluidez, exigidas pelos arranjos tecnológicos.

Quanto à autonomia profissional dos enfermeiros, o que podemos concluir? Por um lado, que quando colocada em relação com as autonomias dos outros profissionais, as suas fronteiras não são fixas e nem estáveis, alargando ou contraindo de acordo com as mudanças micropolíticas da governabilidade do cuidado. Alargam substancialmente quando as dimensões das suas práticas incluem avaliações e classificações de risco incertas e indeterminadas, que escapam ao que está parametrizado e codificado. É assim que surgem, de forma não previsível, práticas mais abertas, relativistas, ligadas à experiência e à interpretação pessoal. Por outro lado e fechando o círculo, podemos concluir que é neste controle das fronteiras da sua autonomia profissional que assentariam as oportunidades de transformação das práticas profissionais dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(4):587-94. doi: 10.1590/0104-1169.0227.2592
2. Sacoman TM, Beltrammi DGM, Andrezza R, Cecílio LCO, Chioro dos Reis AA. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde Debate*. 2019;43(121):354-67. doi: 10.1590/0103-1104201912105
3. 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[Internet]. 2. ed.. Belo Horizonte: GBCR; 2015 [cited 2019 Sep 23]. [18 p.]. Available from: <http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/54c127352e3b2.pdf>
4. Chan SS, Cheung NK, Graham CA, Rainer TH. Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Med J* 2015;21(4):345-52. doi: 10.12809/hkmj144399
5. Williams K. Advanced practitioners in emergency care: a literature review. *Emerg Nurse* 2017;25(4):36-41. doi: 10.7748/en.2017.e1685
6. Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell, Gardner G. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2015;52(1):421-35. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.006
7. Andrezza R, Chioro AAR. Arranjos tecnológicos de gestão do cuidado em um Hospital de Pronto Socorro: relatório técnico-científico final. 2020. doi: 10.13140/RG.2.2.10369.81765
8. Caprara A, Landim LP. Etnografia: usos, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2008;12(25):363-76. doi: 10.1590/S1414-32832008000200011
9. Strauss AL, Fagerhaugh SY, Suczek B, Wiener C. *The Social organization of Medical Work*. Routledge, 1985. 120p.
10. Freidson E. *Professional dominance: the social structure of Medical Care*. New York: Atherton Press, 1970. 242p.

11. Poupart J, Deslauries JP, Groulx AL, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2016. 464p.
 12. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS 2.395 de 11/10/2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2011[cited 2020 Jun 20] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html
 13. Cecilio LCO, Chioro dos Reis AA, Andreazza R, Spedo SM, Cruz NLM, Carapineiro G, et al. Enfermeiros na operacionalização do Kanban: novos sentidos para a prática profissional em contexto hospitalar? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25:283-92. doi: 10.1590/1413-81232020251.28362019
 14. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1502-14. doi: 10.1590/0102-311X00055913
 15. Cecilio LCO, Chioro dos Reis AA, Correa T, Carapineiro G, Andreazza R, Cruz NLM, et al. Os médicos e a gestão do cuidado em serviços hospitalares de emergência: poder profissional ameaçado? *Cad Saúde Pública*. 2020;6(3):e0024291. doi: 10.1590/0102-31100242918
 16. Cecílio LCO, Moreira ME. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama de poder nas organizações de saúde. *RAP[Internet]*2002 [cited 2020 Jun 22];36(4):587-608. Available from: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6454/5038>
 17. Meleis A. *Theoretical nursing: development and progress*, Philadelphia: J B Lippincott and Co. 1985. 74p.
-