

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**DANIELA FRANZEN VIGANÓ**

**MODELO DE ACOLHIMENTO BASEADO NO PROTOCOLO DE MANCHESTER  
PARA POSTO DE SAÚDE 24 H DO MUICÍPIO DE IMBÉ - RS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**DANIELA FRANZEN VIGANÓ**

**MODELO DE ACOLHIMENTO BASEADO NO PROTOCOLO DE MANCHESTER  
PARA POSTO DE SAÚDE 24 H DO MUICÍPIO DE IMBÉ - RS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Urgência Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Prof ° Orientador: Gilson de Bitencourt Vieira**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **PLANO DE AÇÃO: MODELO DE ACOLHIMENTO BASEADO NO PROTOCOLO DE MANCHESTER PARA POSTO DE SAÚDE 24 H DO MUICÍPIO DE IMBÉ – RS** de autoria do aluno **DANIELA FRANZEN VIGANÓ** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerada **APROVADA** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência Emergência.

---

**Prof. Ddo. Gilson de Bitencourt Vieira**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

**FLORIANÓPOLIS (SC)**  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Um sonho sonhado sozinho é apenas um sonho, Um sonho sonhado em conjunto se torna realidade.

Agradeço ao meu amor Telmo, minha filha Nicolly e minha vó Zenaide por compartilharem mais um sonho!

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 OJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>10</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>15</b>
<b>5 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>18</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>23</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1. Classificação por cores do Sistema Manchester. ....</b>	<b>14</b>
--	-----------

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1. Descritores Gerais do Protocolo de Manchester.....</b>	<b>13</b>
---	-----------

## RESUMO

O presente estudo constitui-se em um plano de ação para a adaptação e implantação de um modelo de acolhimento baseado no protocolo de Manchester. O local de ação deste estudo será uma unidade de saúde localizada em um município litorâneo do Rio Grande do Sul que possui, na baixa temporada (meses de abril a novembro), aproximadamente 15 mil habitantes e na alta temporada (meses de dezembro a março) aproximadamente 300 mil habitantes. O Estudo terá como objetivos a humanização do atendimento através da qualificação do atendimento inicial do cidadão que procuram atendimento na unidade e a construção de fluxos adequados de atendimento em conformidade com a urgência dos casos. Este plano de ação configura-se como uma tecnologia de concepção, pois permitirá um aprimoramento do processo de assistência no local, bem como a delimitação da atuação do enfermeiro no processo de acolhimento, triagem dos pacientes e a melhora no processo de classificação de risco, que passou a identificar a prioridade e encaminhar de forma mais adequada os pacientes que procuram o atendimento do Posto de Saúde 24hs.

**Palavras-chave:** Acolhimento; protocolo; enfermagem; plano de ação.



# 1 INTRODUÇÃO

A rede básica de saúde é uma das portas de acesso para população ao sistema público de saúde, que mais procuradas quando necessitam ser atendidos por necessitarem de atendimento quadro de natureza clínica. Contudo, na grande maioria dos casos, as unidades não contam com um sistema de triagem que possibilite a classificação de risco, resultando na ineficiência do atendimento por ordem de chegada e conseqüentemente o aumento do risco para os casos críticos.

O Ministério da Saúde definiu através da Portaria 2048/2002 diz que o atendimento nos postos de saúde deve ser realizado através de triagem classificatória de risco; e por profissional graduado em saúde mediante capacitação específica e utilização de protocolos pré-estabelecidos com o objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002).

Essa legislação tem como principais pilares teóricos, a necessidade de ordenar o atendimento às Urgências e Emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências; o crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população (BRASIL, 2002).

A triagem, enquanto atendimento inicial realizado pela equipe de saúde, tem por objetivo classificar os usuários de acordo com prioridades, contribuindo com o atendimento a medida que favoreça a redução de aglomerações nas unidades básicas de saúde (UBS) (MORISHITA; SILVA; SOUZA, 2009)

Já Machado (2011, p.12), salienta que:

A maior parte dos casos que procuram o serviço de urgência e emergência não é grave causando a superlotação do setor. A falta de conhecimento dos usuários da saúde com relação à finalidade do setor de urgência e

emergência, bem como, a demora e a limitação dos agendamentos na rede pública de saúde, faz com que os usuários procurem este serviço por se tratar de um setor que irão encontrar médicos e enfermeiros durante todo o período e as pessoas buscam o atendimento de suas necessidades em curto espaço de tempo.

Sendo assim, por exigência dessa portaria, procedimentos de classificação de risco são uma necessidade que objetivam melhorar a organização do fluxo de pacientes que buscam atendimento nas unidades de saúde, e garantir um atendimento humanizado e que represente a solução dos problemas clínicos de qualquer natureza.

O local de ação deste estudo é uma unidade de saúde localizada em um município litorâneo do Rio Grande do Sul que possui, na baixa temporada (meses de abril a novembro), aproximadamente 15 mil habitantes e na alta temporada (meses de dezembro a março) aproximadamente 300 mil habitantes.

O Posto de Saúde 24hs tem como prioridade o atendimento de emergências e urgências, no entanto é procurado por pacientes com demandas muito diversas como consultas de baixa complexidade e até mesmo trocas de receitas médicas. O atendimento inicial não possui um fluxograma padronizado, sendo que os pacientes, após uma triagem da equipe de enfermagem onde são verificados os sinais vitais, são atendidos conforme a ordem de chegada ao posto.

Quando são recebidos pacientes com dores fortes, vítimas de acidentes ou febre alta, a equipe prioriza esses atendimentos, porém essa postura gera uma insatisfação dos pacientes com queixas menos urgentes e mesmo assim exigem prioridade no atendimento visto que sua entrada na unidade é anterior.

Considera-se que este estudo possa contribuir para o aprimoramento do atendimento da supracitada UBS, através da adaptação e implantação do Protocolo Manchester para a triagem e classificação de risco dos pacientes.

Por isso essa proposta de pesquisa tem como questão norteadora: a aplicação de um modelo do protocolo de Manchester pode humanizar o atendimento em um posto de saúde 24 hs?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Proposta de implantação de um modelo de atendimento baseado no protocolo de Manchester promovendo a humanização do atendimento através da qualificação do atendimento no posto de saúde 24 h, no município de Imbé/RS.

### **2.2 Objetivos específicos**

Realizar diagnóstico da realidade da UBS.

Realizar reunião com o secretário de saúde do município para apresentar a proposta.

Realizar treinamento dos profissionais de enfermagem que atuam na UBS.

Classificar, mediante a utilização de protocolo, as demandas dos usuários da unidade.

Humanizar o atendimento através da qualificação do atendimento inicial do cidadão que procura atendimento na unidade.

Construir fluxos adequados de atendimento em conformidade com a urgência do caso.

## **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O acolhimento configura-se como uma ação técnico-assistencial que implica na mudança das relações entre usuários e equipe de saúde através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e solidários.

Para Abbês e Massaro (2000 p. 05):

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde

para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Já, a cartilha de Política Nacional de Humanização, publicada pelo Ministério da Saúde, estabelece que o acolhimento intencione a resolução dos problemas de saúde dos cidadãos que procuram as unidades de saúde, sendo que estes devem ser acolhidos por um profissional da equipe técnica que escute suas queixas, medos e expectativas; identifique os riscos e vulnerabilidade, inclusive acolhendo a avaliação do próprio usuário e se responsabilize por uma resposta resolutiva à demanda. (BRASIL, 2004)

Marques e Lima (2007) elencam como fatores para a grande demanda pelo atendimento nas UBS a falta de definições políticas, qualidade dos serviços e baixo índice de resolutividade. O atendimento aos usuários ocorre sem a avaliação do potencial de risco e agravo ou sofrimento ao qual o mesmo está submetido. O atendimento ocorre de forma burocrática através das filas por ordem de chegada (BRASIL, 2004).

E acordo com Abbês e Massaro ( 2000) relatam que a a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Neste sentido, o acolhimento com classificação de risco é um instrumento com capacidade para acolher o cidadão e garantir uma melhoria no acesso aos serviços de saúde no âmbito de urgência e emergência.

Machado (2009) destaca que, a triagem é um trabalho fundamental para o correto redirecionamento dos usuários descongestionando o setor emergência, e, portanto, deve ser realizada por profissionais qualificados, aumentando a resolutividade dos problemas do usuário e a qualidade do atendimento.

É fundamental destacar que segundo o Ministério da Saúde Protocolo de acolhimento com classificação de risco produz direcionamento à classificação de risco e não conduto, portanto não é entendido como processo de triagem. A totalidade dos paciente que procurou a UBS devem ser atendidos, respeitando a situação de gravidade e complexidade que apresenta. (BELLAGUARDA, 2009)

O Acolhimento e a Avaliação de Risco são duas ações distintas, mas complementares com potencial decisivo na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, pois se faz

a partir da análise, problematização e proposição da própria equipe, que se constitui como sujeito do seu trabalho.

Bellaguarda (2009 p. 12) destaca ainda que:

Os profissionais de saúde que atuam no atendimento de urgências e emergências devem receber treinamento específico e educação continuada, a fim de garantir uma assistência técnica e científica, bem como o domínio de suas emoções e conhecimento de seus limites e de suas possibilidades. O acolhimento com classificação de risco não excluem as competências dos demais profissionais da Área da Saúde, a avaliação e diagnóstico médico.

Sendo assim, é importante salientar que o Sistema de **Triagem de Manchester** foi criado em 1997, na cidade de Manchester e adotado como norma padrão nos hospitais do Reino Unido. Países como Irlanda, Canadá, Holanda, Brasil e Portugal adotaram ou implantando o sistema. Após a autorização da utilização pelos hospitais portugueses, os autores determinaram que a informação acerca do Sistema de Triagem é de domínio público e de livre acesso a todos, seu padrão possui 5 descritores gerais no qual o protocolo clínico de cada unidade de saúde se baseia juntamente com os aspectos epidemiológicos locais e os fluxos de atendimento, como descrito na tabela 1:

**Tabela 1. Descritores Gerais do Protocolo de Manchester**

1	Perigo de Vida
2	Dor
3	Hemorragia
4	Estado de consciência
5	Temperatura
6	Surgimento agudo

O Sistema de Classificação de Risco, por sua vez, possui 52 entradas (algoritmos e determinantes) associadas a tempos de espera simbolizados por cores.

Segundo Ulbrich et. al. (2010, p.287) a classificação de risco é definida por coloração da área:

- **Vermelha**: deve estar devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas.

- **Amarela**: área destinada à assistência de vítimas críticas e semicríticas já com terapêutica de estabilização iniciada.

- **Verde**: acolhe vítimas não críticas, em observação ou internadas aguardando vagas nas unidades de internação ou remoções para outros hospitais de retaguarda.

- **Azul**: recebe as vítimas de atendimento de consultas de baixa e média complexidade. Área de acolhimento com fluxo obrigatório na chegada.

A seguir é apresentado a classificação por cores do Sistema Manchester

**Figura 1. Classificação por cores do Sistema Manchester**



O objetivo da classificação de risco é a identificação de prioridade clínica e não do diagnóstico. O método consiste na identificação do motivo que levou o paciente a buscar a unidade de saúde (queixa), a definição da condição (fluxograma de apresentação) e a busca por sinais e sintomas (discriminadores) em cada nível de prioridade clínica.

## 4 MÉTODO

O desenvolvimento do plano de ação se dará em um Posto de Saúde 24hs no município de Imbé/RS. A unidade tem área de recepção, de responsabilidade de 2 recepcionistas, onde o cliente chega e faz sua ficha de atendimento, essa ficha é passada para a sala de triagem onde o paciente é atendido por 2 técnicos de enfermagem que perguntam o motivo da consulta e verificam os sinais vitais (pressão arterial, temperatura, batimentos cardíacos e movimentos respiratórios), novamente o paciente retorna para a recepção e aguarda o médico chamar para atendimento, todos são atendidos sem classificação, desde renovação de receitas até casos de dor.

No caso da chegada de pacientes vítimas de acidente com sangramento ou outras gravidades eles são passados na frente e direcionados para a sala de emergência.

No período de inverno o atendimento é feito por dois médicos plantonistas 24hs, no período verão, em virtude do crescimento populacional, é contratado mais um médico e de enfermeiros e técnicos de enfermagem para reforço do atendimento.

A estrutura física conta com uma sala de emergência para pacientes de casos mais críticos, sendo que a mesma é equipada com desfibrilador, respirador e medicamentos. Os pacientes graves são transferidos para o hospital de referência da região. Uma sala de observação, utilizada para soroterapia. A frota da unidade é composta por duas ambulâncias, responsáveis pelo transporte dos pacientes para os hospitais locais e grande Porto Alegre.

A demora no atendimento, no período do verão, é em média de 4 horas. Há um grande volume de reclamações por parte dos usuários em relação ao tempo de espera.

Morishita; Silva; Souza (2009), enfatizam a importância da triagem, salientando que o primeiro atendimento realizado pela equipe multiprofissional aos usuários de saúde é a triagem que tem como objetivo classificar os pacientes de acordo com a decisão de prioridades e intervenções terapêuticas individualizadas. A triagem vem para contribuir no atendimento favorecendo na redução de aglomerações nas unidades de urgência e emergência.

E de acordo com Caetano e Pagliuca (2006), "a produção de tecnologia em saúde é encontrada facilmente vinculada a equipamentos, técnicas, ou sistemas de informação. Esses componentes estão presentes na enfermagem e, até mesmo, no seu cotidiano, quando o cuidado é planejado de forma científica e sistematizada e o produto final é sempre algo novo."



No campo da enfermagem as tecnologias são classificadas como: tecnologias do cuidado – representadas por técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado; tecnologias de concepções – constituídas por desenhos/projetos para a assistência de enfermagem, bem como por uma forma de delimitar a atuação do enfermeiro em relação a outros profissionais; tecnologias interpretativas de situações de clientes – por meio das quais a Enfermagem consegue interpretar suas ações; tecnologias de administração – ou seja, formas de proceder à organização no trabalho de enfermagem; tecnologias de educação – isto é, meios de auxiliar na formação de uma consciência crítica para uma vida saudável; tecnologias de processos de comunicação – centradas sobre a relação terapêutica enfermeiro-cliente, e tecnologias de modos de conduta – referentes a protocolos assistenciais (NIETSCHE, 2000).

Neste contexto, este plano de ação configura-se como uma tecnologia de concepção, pois permitirá um aprimoramento do processo de assistência no local, bem como a delimitação da atuação do enfermeiro no processo de acolhimento e triagem dos pacientes.

A amostra será constituída pelos Enfermeiros que atuam no posto de saúde 24hs, totalizando 7 profissionais, um para cada turno de 24hs. A coleta de dados será realizada pela autora, através da aplicação de um questionário com sete perguntas (APÊNDICE A). Os participantes receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). O projeto de ação não foi submetido Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por não configurar-se como pesquisa e por que não utilizará os dados relativos aos sujeitos.

O processo de intervenção terá início com uma reunião com o secretário e saúde do município, na qual serão explanados os benefícios e os desafios da implantação do protocolo de atendimento. Após a anuência da administração municipal, será realizado o treinamento com os 7 Enfermeiros que atuam no posto de saúde, com posterior visitação prática destes profissionais ao hospital local onde o protocolo já está instalado. Após esta etapa do treinamento, e antes da efetiva implantação do protocolo no posto 24hs serão realizadas as seguintes ações de ampla divulgação para a comunidade: anúncio na rádio local, confecção de banner informativo sobre o protocolo, com as cores classificatórias e os respectivos tempos de espera, afixado na recepção. Também serão realizadas ações de operacionalização de pulseiras coloridas para identificação dos pacientes e de adesivos coloridos para a identificação dos prontuários.

Após o treinamento e a implantação do plano de ação, o processo de triagem se dá com a abertura de ficha na recepção. Após, o paciente é direcionado para a sala de triagem. O

enfermeiro triador identificará a queixa principal e através dela associará um fluxograma de Manchester a ser aplicado. Baseado nas respostas do paciente ele identificará uma cor para o risco. O enfermeiro é o profissional responsável por este processo. Outro benefício que emerge das percepções dos profissionais que participaram do treinamento é a garantia de oferecer um serviço homogêneo, ou seja, independentemente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento.

## 5 RESULTADO E ANÁLISE

Com o intuito de beneficiar os usuários do posto de saúde 24hs, se fez a proposta do plano de ação para os aprimoramentos dos fluxos do processo de atendimento, através da adaptação do Sistema Manchester de Classificação de Risco à realidade local e sua implantação.

A classificação de risco tem como principal objetivo a priorização do enfermo conforme a gravidade clínica em que se encontra no momento do primeiro atendimento. Para que se alcance esta situação ideal, é necessária a substituição do atual modelo vigente de entrada do paciente, que na grande maioria dos casos se dá por ordem de chegada.

No posto de Saúde 24hs, onde o plano de ação será desenvolvido, a entrada do paciente é realizada por ordem de chegada, apenas casos extremamente graves e acidentes são priorizados. O tempo médio de espera para atendimento é de 4 horas, situação que ocasiona grande desconforto para os pacientes e pressão para a equipe de saúde, que sente-se impotentes diante da sua incapacidade de atender a demanda sem organização de fluxo. Bohn (2013) salienta que a classificação de risco é uma ferramenta fundamental para organizar o fluxo de atendimento e proporcionar assistência mais resolutiva aos usuários em situação de risco à saúde.

Diante deste contexto, que se delineou a busca por uma solução que priorize o ingresso do paciente com risco de agravos. Para tal, será realizada uma reunião com o Secretário de Saúde do Município, para apresentação da proposta de adaptação e implantação da classificação de risco no Posto de Saúde 24hs. Diante de uma resposta positiva da administração municipal, se dará seguimento ao plano de ação com o treinamento da equipe de profissionais.

Esta etapa tem potencial para ser muito enriquecedora, pois a equipe poderá conhecer os benefícios imediatos da classificação de risco na organização do fluxo de atendimento e na padronização da conduta profissional.

O Protocolo de Manchester permite ao profissional responsável pela triagem, a habilidade de atribuir de forma rápida e precisa uma prioridade clínica do paciente em situação aguda.

Os profissionais que participarão da capacitação destacam que a grande vantagem desta triagem é a separação dos casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes e garantia do atendimento prioritário dos casos mais graves. Destacam ainda que este é um grande passo para a sistematização da assistência. O fato de os doentes estarem ordenados por prioridades é vantajoso para os profissionais, que passam a ter uma imagem clara do número de doentes que se

encontram no setor e da sua gravidade, permitindo gerir as tarefas a atuar de forma mais correta e responsável.

A equipe de saúde também destaca como vantagem fundamental da implantação da triagem, a garantia de que o paciente submetido a esta metodologia de classificação não correrá risco de vida, além de que o tempo de atendimento será determinante para uma melhor recuperação e intervenções mais assertivas para a queixa que o motivou a procura do serviço.

O Protocolo de Manchester é baseado em categorias de sinais e sintomas e contém 52 fluxogramas (sendo 50 utilizados para situações rotineiras e dois para situação de múltiplas vítimas) que serão selecionados a partir da situação/queixa apresentada pelo paciente. Cada fluxograma contém discriminadores que orientarão a coleta e análise de informações para a definição da prioridade clínica do paciente. A fim de garantir a uniformidade de compreensão e aplicação dos conceitos, todos os discriminadores encontram-se previamente definidos.

O paciente é classificado em uma das cinco prioridades identificadas por número, nome, cor e tempo alvo para a observação médica inicial.

O detalhamento do fluxograma permitirá ao enfermeiro uma maior segurança quanto a precisão da classificação de risco, permitindo que uma melhor interação e manejo dos usuários que aguardam o atendimento, a medida que a informação de que o atendimento prioriza os pacientes com risco de morte e agravos é amplamente divulgada isso diminui a ansiedade dos envolvidos, pois eles percebem que todos terão atendimento de acordo com as prioridades clínicas.

Acredita-se que o plano de ação permitirá o aprimoramento da organização e da qualidade do atendimento aos usuários, uma melhora no processo de classificação de risco, pois passará a identificar a prioridade e encaminhar de forma mais adequada os pacientes que procuram o atendimento do Posto de Saúde 24hs.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implantação do Plano de Ação irá conferir padronização ao processo de triagem, auxiliando na gestão de recursos e contribuindo para melhorias no planejamento em benefício dos pacientes.

Espera-se que as mudanças decorrentes da implantação do protocolo de classificação de risco Manchester mostre resultados positivos com uma melhora na organização e na qualidade do atendimento. Acredita-se que os enfermeiros que receberem o treinamento e são responsáveis pela triagem passem a identificar melhor a prioridade clínica e possam realizar com mais segurança o encaminhamento adequado do paciente, de acordo com a demanda apresentada no momento da classificação de risco.

A receptividade dos usuários poderá ser um desafio, pois ao priorizar os casos mais vulneráveis e com maior risco, em detrimento ao atendimento por ordem de chegada, irá se romper com a prática comum e já arraigada na comunidade da espera em filas. Será necessário que as ações de informação incluam a ampla divulgação da motivação da mudança, neste caso serão realizadas divulgação nos meios de comunicação e banner informativo; o enfermeiro responsável pela triagem irá explicar após a classificação os motivos da atribuição de determinada cor ao paciente.

É salutar ressaltar que mesmo o protocolo de Manchester sendo uma ferramenta coerente de organização do fluxo, possa apresentar lacunas para melhoramento de condutas e que os profissionais responsáveis por sua efetivação estejam em constante aprimoramento.

## REFERÊNCIAS

ABBÊS, Cláudia.; MASSARO, Altair. **Acolhimento com Classificação de Risco**. Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti, s.d

BELLAGUARDA, M. L.R. Parecer COREN/SC No. 001/CT/2009 Assunto: **Acolhimento em Urgência e Emergência com Classificação de Risco**. 2009.

BOHN, M. L.S. Classificação de Risco Manchester: **Opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas** de Porto Alegre. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem. UFRGS: Porto Alegre, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2048**, de 02 de novembro de 2002. Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília; 2a ed.; Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006. Portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS\_PNH.pdf.

\_\_\_\_\_. Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAETANO, J. Á., PAGLIUCA, L. M. F. **Cartilha sobre auto-exame ocular para portadores do HIV/AIDS como tecnologia emancipatória**: relato de experiência. Rev. Eletr. Enf. 2006;8(2):241-9. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a09.htm).

MACHADO, S. **Desafios e Possibilidades da Triage na Emergência**. Universidade do Extremo Sul Catarinense. Curso de Especialização em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência. 2009.

MARQUES, G. Q. LIMA, M. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.15, n.1, p. 13-19, fev. 2007.

MORISHITA, A; SILVA, E. A; SOUZA, M. A. M. de Triage x demanda crescente do atendimento em unidades de urgência e emergência. **Revista Ponto de Encontro**. v. 1. p. 196-209, 2009.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidades ou impossibilidades para a práxis de enfermagem.** Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2000.

ULBRICHI, E. M; MANTOVANI, M. F.; BALDUINO, A. F.; REIS, B. K. Protocolo de enfermagem em atendimento emergencial:subsídios para o acolhimento às vítimas. **Cogitare Enferm.** 2010. Abr/Jun; 15(2):286-92.

## APÊNDICE A

### QUESTIONARIO Nº 1

ENTR. Nº \_\_\_\_\_

- IDADE \_\_\_\_\_
- SEXO: ( ) F ( ) M
- Tempo de experiência: \_\_\_\_\_

• REFERENTE A ESTRUTURA:

4.1 A área física é adequada a demanda:

SIM ( )      NÃO ( )

4.2 O que deveria melhorar: \_\_\_\_\_

4.3 A quantidade de funcionário para atendimento é a adequada:

SIM (..)      NÃO (..)

4.4 A estrutura do setor atende a demanda

SIM (..)      NÃO (..)

5. REFERENTE A ACEITAÇÃO DO ACOLHIMENTO:

5.1 Você já havia trabalhado em setor de acolhimento

SIM ( )      NÃO (..)

Se sim, quanto tempo: \_\_\_\_\_

5.2. Houve boa aceitação por parte dos pacientes

SIM (..)      NÃO ( )

6. REFERENTE AO ENTENDIMENTO SOBRE ACOLHIMENTO

6.1 O que considera mais importante no trabalho no acolhimento:

( ) a resolutividade;

( ) possibilidade de encaminhamento para outros profissionais;

( ) agilidade do atendimento;

( ) outros: \_\_\_\_\_

7. REFERENTE AO SIGNIFICADO DO TRABALHO:

7.1. Qual o significado deste trabalho para você hoje:

( ) atenção;

( ) rapidez;

( ) resolutividade;

( ) individualidade e escuta.



## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Daniela Franzen Viganó, pós-graduanda do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Urgência e Emergência da Universidade Federal de Santa Catarina, estou realizando uma pesquisa sobre a Implantação do Acolhimento em um setor de Emergência . Os meus objetivos com esse trabalho são Mensurar o processo de implantação do acolhimento no setor de Emergência de um Posto de Saúde Emergencial 24hs, avaliar o processo de implantação do acolhimento na visão dos enfermeiros do setor, analisar o setor de acolhimento no início de sua implantação e após sua criação já instalada.

Para tanto, solicito a sua participação, através de entrevista transcritas manualmente pela autora do trabalho. Caso venha a desistir em qualquer momento, asseguro-lhe que tal fato não interferirá na sua atividade profissional da instituição.

Coloco-me à disposição pelo telefone (51) 98764033 para esclarecimento ou dúvidas que necessário for, em relação ao trabalho desenvolvido e a entrevista propriamente.

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, declaro que fui esclarecido (a) de forma clara e detalhada sobre o objetivo deste estudo e de minha participação. Por isso, concordo em participar.

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

IMBÉ, de de 2014.