

EL PROTOCOLO DE MANCHESTER COMO HERRAMIENTA PARA MEJORA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

O PROTOCOLO DE MANCHESTER COMO FERRAMENTA DE MELHORA DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

THE MANCHESTER PROTOCOL AS A TOOL FOR IMPROVING EMERGENCY SERVICES

Laryssa de Farias Morais¹, Carla Barbosa Arruda², Amanda Tavares Xavier³, João Victor
Batista Cabral⁴

Como citar este artículo: Morais LF, Arruda CB, Xavier AT, Cabral JVB. El protocolo de Manchester como herramienta para mejora de los servicios de emergencia. Rev Enferm Atención Saúde [Internet]. 2021 [acceso em: ____];10(1):e202108. doi: <https://doi.org/10.18554/reas.v10i1.4210>

RESUMEN

Objetivo: Describir los beneficios de utilizar el Protocolo de Manchester en los servicios hospitalarios de emergencia observados por los enfermeros clasificadores. **Método:** Estudio descriptivo exploratorio de corte transversal con enfoque cuantitativo, realizado con enfermeros de la unidad de emergencia de un hospital altamente complejo en la ciudad de Recife/PE **Resultados:** Se verificó que el 80% de los entrevistados observó beneficios para el paciente y una mejora en la rutina del servicio, de los cuales el 90% verificó una reducción en el tiempo de espera para la atención, el 70% señaló que hubo una disminución de la mortalidad después de la implementación de la clasificación de riesgos y una mejora en la satisfacción del usuario (40%) y en la relación profesional/paciente (20%). **Conclusión:** se observó que los profesionales saben y afirman que el Protocolo de Manchester tiene un gran impacto, en los beneficios y mejora el mecanismo de gestión, además de disminuir el riesgo de agravamiento de la salud de los pacientes.

Descriptores: Emergencia; Recepción; Enfermería; Clasificación de Riesgo.

¹ Egresada de la Carrera de Enfermería del Centro Universitario de Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão-PE. <https://orcid.org/0000-0001-6356-5162>, e-mail: larissamorais1937@hotmail.com

² Egresada de la Carrera de Enfermería del Centro Universitario de Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão-PE. <https://orcid.org/0000-0001-9005-2784>, e-mail: carlab.arruda@gmail.com

³ Enfermera. Master en Ciencias de la Salud. Estudiante de Doctorado del programa de Posgrado en Ciencias de la Salud, Universidad de Pernambuco, Recife-PE. Docente de la Carrera de Enfermería del Centro Universitario de Vitória de Santo Antão, Vitória de Santo Antão, PE. <https://orcid.org/0000-0001-9775-1078>, e-mail: amanda-xavier@hotmail.com

⁴ Enfermero. Master en Ciencias de la Salud. Estudiante de Doctorado del programa de Posgrado en Innovación Terapéutica, Universidad Federal de Pernambuco, Recife-PE. Docente de la Carrera de Enfermería del Centro Universitario de Vitória de Santo Antão - Vitória de Santo Antão, PE. <https://orcid.org/0000-0001-8836-7875>, e-mail: jvbcabral@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever os benefícios do uso do Protocolo de Manchester em serviços hospitalares de emergência percebidos pelos enfermeiros classificadores. **Método:** Trata-se de um estudo transversal descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, realizado com enfermeiros da unidade de emergência de um hospital de alta complexidade da cidade do Recife/PE **Resultados:** Verificou-se que 80% dos entrevistados perceberam benefícios para o paciente e para a melhoria da rotina do serviço, dos quais 90% verificaram redução no tempo de espera para atendimento, 70% apontaram redução na mortalidade após a implementação da classificação de risco e melhora na satisfação do usuário (40%) e na relação profissional/paciente (20%). **Conclusão:** Foi evidenciado que os profissionais conhecem e afirmam que o Protocolo de Manchester tem um grande impacto, quando se trata de benefícios e melhor mecanismo de gerenciamento, além da diminuição do risco de agravamento à saúde dos pacientes.

Descritores: Emergência; Acolhimento; Enfermagem; Classificação de Risco.

ABSTRACT

Objective: To describe the benefits of using the Manchester Protocol in emergency hospital services perceived by classifying nurses. **Method:** This is a cross-sectional descriptive-exploratory study with a quantitative approach, carried out with nurses in the emergency unit of a highly complex hospital in the city of Recife / PE **Results:** It was found that 80% of the interviewees perceived benefits for the patient and for the improvement of the service routine, of which 90% found a reduction in the waiting time for care, 70% indicated a reduction in mortality after the implementation of the risk classification and improvement in user satisfaction (40%) and in the professional / patient (20%). **Conclusion:** It was evidenced that the professionals know and affirm that the Manchester Protocol has a great impact, when it comes to benefits and a better management mechanism, in addition to decreasing the risk of worsening the health of patients.

Descriptors: Emergency; Reception; Nursing; Risk rating.

INTRODUCCIÓN

El triaje con clasificación de riesgo implica un proceso complejo de toma de decisiones, basado en la creación de varios sistemas de clasificación, con el fin de ayudar a los enfermeros a decidir cómo clasificar la gravedad en cada caso. En síntesis, estos sistemas tienen como objetivo reducir el tiempo de espera del usuario, priorizando la atención de los casos más graves, cuyo pronóstico suele ser más complejo por retrasos en la atención.¹

En 2004, se implantó la Política Nacional de Humanización (PNH) en Brasil, cuyo principio orientador es la valoración del sujeto y el fortalecimiento de la relación entre usuario y trabajador. Esta política consta de un conjunto de propuestas, con el propósito de promover la salud de la población a través de valores que orientan la autonomía y el protagonismo de los participantes, así como la participación colectiva en las prácticas de salud.²

En 2014, el Ministerio de Salud (MS) emitió la Disposición 1442, que implantó la Recepción con Clasificación de Riesgo (RCCR) en los servicios de emergencia. La RCCR se implantó en los servicios de emergencia, con el propósito de excluir la lógica de la atención por orden de llegada. La clasificación la realizan exclusivamente enfermeros capacitados, mientras que la recepción la realiza cualquier profesional de la salud. En Brasil, la clasificación de riesgos se realiza mediante el Protocolo de Manchester (PM) que, a diferencia de otros sistemas de clasificación, tiene como objetivo mejorar el vínculo entre profesional y usuario, a través de una escucha cualificada.³

El PM consiste en clasificar a los pacientes según sus necesidades de salud más graves. Esta clasificación sigue un patrón que consiste en: identificar el problema de salud, evaluar con pensamiento crítico el grado de necesidad de atención y, finalmente, decidir el tiempo de espera del paciente, según la condición clínica que presenta al momento de la evaluación.⁴

La clasificación de riesgo según el PM funciona con un sistema de colores versus tiempo, donde: Rojo - emergencia, atención inmediata; Naranja: muy urgente, atención como máximo en 10 minutos; Amarillo: urgente, el paciente puede esperar hasta 60 minutos; Verde: no es muy

urgente, puede esperar hasta 120 minutos; Azul: no es urgente y puede esperar hasta 240 minutos para recibir atención.⁵

Para que la RCCR sea implantada, es necesario adecuar el área física y organizar el sector de emergencias. Según el MS, el sector encargado de la atención de emergencias debe ser dividido en ejes capaces de mostrar el nivel de gravedad del paciente. Se deben implantar al menos dos ejes que representen la gravedad del paciente: rojo (zona destinada a pacientes clasificados como de riesgo medio y alto de vida) y azul (espacio dirigido a pacientes con bajo riesgo de vida pero que necesitan evaluación médica).

El PM se considera una herramienta que permite la fácil identificación de pacientes críticos/graves en unidades de urgencias/emergencia. El servicio se vuelve más organizado y capaz de tratar a todos los pacientes de forma segura, sin exclusiones y de acuerdo con la necesidad real de atención prioritaria, hecho fundamental en la realidad de superpoblación brasileña.⁶ Además, la operacionalización del protocolo se produce mediante el uso de diagramas de flujo, lo que facilita la tarea de evaluar y clasificar al paciente por gravedad.⁷

Al considerar la recepción con clasificación de riesgo que se implantó en un determinado servicio de emergencia con el fin de brindar la atención de acuerdo a las

necesidades médicas más graves, excluyendo el orden de llegada, se justificó la necesidad de investigar los beneficios obtenidos por medio del protocolo utilizado en emergencias. Se espera que los enfermeros verifiquen que la institución ha logrado mejoras en la calidad de la atención luego de implementar el RCCR y utilizar el PM, asumiendo que hubo mayor respaldo científico en la evaluación inicial y en la priorización de la necesidad de las intervenciones según la severidad y el riesgo de vida del paciente.

La identificación y el análisis de los beneficios que pueden observar los enfermeros sobre la implementación del PM puede optimizar y difundir su aplicación en los servicios de salud, mejorar y concientizar la atención y la recepción de la población, y reducir la cultura de la resistencia institucional a la implantación de clasificaciones de riesgo. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo describir los beneficios del uso del PM en los servicios hospitalarios de emergencia observados por los enfermeros clasificadores.

MÉTODO

Es un estudio descriptivo exploratorio transversal con abordaje cuantitativo, realizado con enfermeros de la unidad de emergencia de un hospital de alta complejidad de la ciudad de Recife/PE. Se

incluyeron los 14 enfermeros asignados a la emergencia general en los dos turnos de trabajo existentes (diurno y nocturno). De estos, ocho aceptaron participar en la encuesta y fueron entrevistados.

Los datos fueron recolectados por medio de un instrumento de tipo *checklist* (lista de verificación), que contenía dieciséis preguntas objetivas que caracterizaron el perfil del profesional (género, edad, título y especialidad académica, tiempo de trabajo, número de contratos) y describieron aspectos relacionados con el PM (beneficios del uso del protocolo, uso rutinario, conocimiento del protocolo y política nacional de humanización).

La recolección de datos se realizó en octubre de 2018 sin programación previa, sin embargo, con conocimiento de la ocurrencia de la investigación, ya que hubo aprobación y comunicación por parte de la gerencia de enfermería. El instrumento fue presentado a cada participante de manera privada y se le permitió responderlo sin tiempo establecido para su devolución. Mientras tanto, el investigador permaneció en la habitación, a la espera de la entrega del *checklist* debidamente respondido. La base de datos se creó con el programa *Microsoft Excel*[®] 2010 y se analizó según estadísticas descriptivas simples (frecuencia y porcentaje).

La investigación se realizó con el consentimiento de los profesionales, mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), previa autorización del servicio y aprobación del Comité de Ética e Investigación bajo CAAE: 02363018.6.0000.5200 y Dictamen Consustanciado n.º 3.020.206. El compromiso ético sobre el uso de los datos se aseguró de acuerdo con la resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud (CNS).

Los resultados del estudio se describieron en Tablas, caracterización sociodemográfica y aptitud autoinformada de los participantes (Tabla 1), evaluación de los conocimientos sobre el Protocolo de Manchester (Tabla 2) y los beneficios observados por los enfermeros del uso del Protocolo de Manchester (Tabla 3).

RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo conformada por ocho enfermeros, de los cuales el 100% (8) era del sexo femenino y llevaba más de 6 años trabajando en el servicio de emergencia y el 70% (5) tenía más de 50 años. En cuanto a la formación académica, el 20% (2) dijo que no tenía título de posgrado, mientras que el 80% (6) informó que ya tenía un posgrado, todos (100%) del tipo de especialización *lato sensu* y ninguno (0%) del tipo *stricto sensu*.

En cuanto al número de relaciones laborales, el 50% (4) informó que tenía una sola relación laboral y el otro 50% (4) dos relaciones laborales, ningún participante (0%) tenía tres o más puestos de trabajo. En cuanto a la capacitación para utilizar el PM en la recepción de los servicios de emergencia, el 100% (8) respondió que hubo entrenamiento y capacitación para el manejo del PM. (Tabla 1).

Tabla 1- Caracterización sociodemográfica y aptitud autoinformada de los participantes

Variables	Categoría	N=8	%
Sexo	Femenino	8	100%

	Masculino	-	-
Edad (en años)	30 - 40	-	-
	40 - 50	3	30%
	> 50	5	70%
Tiempo de Trabajo en Emergencia	De 2 - 4 años	-	-
	De 4 - 6 años	-	-
	> 6 años	8	100%
Posgrado	Sí	6	80%
	No	2	20%
Número de Vínculos Laborales	1 Hospital	4	50%
	2 Hospitales	4	50%
	>3 Hospitales	-	-
Capacitado para Trabajar en la Clasificación de Riesgo	Sí	8	100%
	No	8	-

Fuente: Los autores, 2020.

En cuanto al conocimiento de las enfermeras sobre el PM, se verificó que 8 (100%) afirman conocer los niveles de urgencia establecidos por el protocolo,

subdivididos por colores según la severidad, 6 (80%) dijeron que conocen la PNH del SUS (Tabla 2).

Tabla 2- Evaluación de los conocimientos del protocolo de Manchester

Variables	Categoría	N=8	%
Conocimientos de los Niveles de Urgencia	Sí	8	100%
	No	-	-
Conoce la Política Nacional de Humanización (PNH)	Sí	6	80%
	No	2	20%

Fuente: Los autores, 2020.

En cuanto a los beneficios observados por los enfermeros con el uso del PM, se verificó que el 80% (6) de los entrevistados notó que había beneficios para el paciente y mejora de la rutina del servicio de emergencia. De los encuestados, el 70% (5) aseguró que con el uso del PM todos los pacientes son tratados de acuerdo a su riesgo/gravedad y que verificaron una reducción en la incidencia de mortalidad en el servicio luego de la implementación de la clasificación de riesgo. Se corroboró que aún existe dificultad por parte de los

pacientes para entender el tiempo de espera, ya que el 80% (6) de los enfermeros afirma que se dio cuenta que los pacientes no comprenden los criterios de clasificación y su relación con el tiempo de espera en el servicio. (Tabla 3).

Según los beneficios que se observaron para el paciente, 3 (40%) coinciden en que hubo reducción de secuelas, 3 (40%) apuntan a una mejora en la satisfacción del servicio y 2 (20%) creen que mejoró la relación profesional/paciente. En cuanto al servicio de emergencia, el 90%

(7) afirma que hubo un beneficio en el ítem tiempo de espera, que se redujo (Tabla 3).

Tabla 3- Beneficios observados por los enfermeros que utilizan el Protocolo de Manchester

Variables	Categoría	N=8	%
Beneficios para los Pacientes	Sí	6	80%
	No	2	20%
	No Sé	-	-
Beneficios en la Rutina de Emergencia	Sí	6	80%
	No	2	20%
	No Sé	-	-
Asegura que todos son Atendidos Según el Riesco	Sí	5	70%
	No	3	30%
	No Sé	-	-
Hubo reducción de la Incidencia de Mortalidad después de la Implementación de la Clasificación de Riesco	Sí	5	70%
	No	2	20%
	No Sé	1	10%
Los Pacientes tienen dificultades para Comprender el Tempo/espera	Sí	6	80%
	No	2	20%
	No Sé	-	-
Beneficios Observados para los Pacientes	Disminución de secuelas	3	40%
	Satisfacción en la atención	3	40%
	Mejora en la relación profesional/paciente	2	20%
Beneficios Observados en el Servicio de Emergencia	Menos tiempo de espera	7	90%
	Disminución de la demanda	-	-
	Mejora de la cualificación	1	10%

Fuente: Los autores, 2020.

DISCUSIÓN

Se verificó que todos los encuestados eran del sexo femenino, mayores de 50 años y con más de 6 años de experiencia/trabajo en servicios de emergencia. Estos hallazgos son corroborados por otros estudios, que caracterizan a la enfermería como una profesión predominantemente femenina¹⁻³, con profesionales mayores de 50⁸ años y con una antigüedad significativa en la profesión.⁹ Es importante destacar que con

el aumento en el número y el acceso a la educación superior en Brasil, los cursos de salud presentan una demanda significativa, siendo la carrera de enfermería una de las que se destaca en este escenario, lo que apunta a una transición etaria en la profesión.

Con respecto a la formación, la mayoría mencionó que tenía un posgrado *lato sensu*. El resultado de esta variable no coincide con el hallazgo de otro estudio¹⁰,

en el que solo el 19,7% de los participantes completó un posgrado. La búsqueda de perfeccionamiento y cualificación después de la graduación es aún heterogénea en el país, sin embargo, existe una creciente demanda de cursos de especialización, ofrecidos en modalidades presencial o a distancia. Además, se destaca el importante papel del SUS en la formación continua de sus empleados a través de alianzas con instituciones y organizaciones educativas para la promoción y capacitación de profesionales que están a la vanguardia.

En cuanto al número de relaciones laborales, la mitad tiene uno o dos trabajos. En un estudio realizado en el estado de Rio Grande do Norte, también en la región noreste⁷, se observó que la mayoría de los encuestados dijo tener el mismo número de empleos que el estudio en cuestión. Este hecho representa la realidad de la mayoría de los profesionales de enfermería en Brasil, dado que refleja la necesidad de otra relación laboral debido a los bajos salarios y las condiciones laborales a menudo desfavorables.

En lo concerniente a la capacitación para trabajar en clasificación de riesgos, todos los encuestados informaron estar/haber sido capacitados. Se corroboró que fue el enfermero el responsable del procedimiento de RCCR basándose en protocolos. Por ello, de acuerdo con el manual de la PNH, uno de los requisitos

previos necesarios para la implantación de la CR es la cualificación del equipo de profesionales que formarán parte de la recepción, mediante la capacitación específica y el uso de protocolos preestablecidos.¹¹ Cabe destacar que para convertirse en clasificador, el enfermero debe ser capacitado y monitoreado periódicamente de acuerdo con la herramienta de clasificación, porque así obtendrá la habilitación para el manejo del instrumento y también la capacidad de aplicar el razonamiento clínico, haciendo el proceso menos mecanizado y más humanizado.¹²

Se corroboró que toda la muestra tiene un conocimiento correcto sobre los niveles de urgencia descritos por el PM en función de la gravedad y los signos y síntomas de cada paciente. La directriz de RCCR exige que el usuario sea recibido en el servicio hospitalario y tratado según criterios de riesgo preestablecidos, que, por medio de la consulta de enfermería, le permiten al profesional llegar a una clasificación del riesgo potencial de cada caso, según el sistema de colores.³ Entender eso es crucial para el trabajo diario, ya que permite que el trabajo de los profesionales sea más dinámico y establecer un flujo de atención seguro.

Se observó que la mayoría reconoce la PNH del MS y que su aplicación permite poner en práctica los principios del SUS en

el día a día de los servicios de salud. La PNH generó cambios significativos en los servicios de emergencia, en los que se modificaron las formas de conducta. La construcción de políticas públicas de salud en las últimas décadas enfatiza la necesidad de implantar buenas prácticas de salud orientadas a la atención integral. Desde esta perspectiva, el servicio de RCCR contribuye a una adecuada atención en los establecimientos de salud.⁴

Para algunos autores, aún existe dificultad en cuanto al conocimiento que tiene el enfermero sobre la clasificación de riesgo en relación a la PNH, que propone que la RCCR sea entregada a todos los usuarios, incluso a aquellos que atienden los casos no graves y que podrían encontrar solución a sus problemas en una unidad básica de salud. El conocimiento e integración de la clasificación como parte integral de la PNH es fundamental, porque solo el uso del PM sin la PNH no es suficiente, dado que en conjunto abarcan signos, síntomas y aspectos culturales y sociales, que pueden ser un punto fundamental para la adecuada evaluación del riesgo de cada persona de forma diferente.^{6,13}

Se pudo comprobar que luego de la implementación del PM, los enfermeros notaron beneficios, tanto para los pacientes como para la rutina de la institución. La implantación de la clasificación de riesgo

trae aportes positivos en el contexto de la atención de la salud¹⁴, facilitando la atención, siendo una herramienta importante en la priorización de casos graves, brindándoles seguridad a los enfermeros y pacientes, dado que, estos últimos, ya han sido evaluados previamente mientras esperan atención médica.^{11,6}

Según la percepción de los enfermeros, el PM asegura que todos los pacientes sean atendidos de acuerdo con su riesgo real. Desde la RCCR, los profesionales tienen una mejor percepción de los pacientes de mayor riesgo, que se puede optimizar con el uso del protocolo, haciendo de este una herramienta importante y necesaria en la práctica ante problemas clínicos.¹⁰

Otro beneficio señalado por los enfermeros fue la disminución de la incidencia de mortalidad luego de la implementación del protocolo, ya que, de acuerdo con la política de clasificación de riesgo, el profesional debe reevaluar al paciente, para ver si hubo una mejoría o un empeoramiento del caso y, si es necesario, cambiar el sistema de color inicial y reclasificar al paciente en caso de que presente un empeoramiento de la condición clínica. En otro estudio¹⁵, después de la implantación del PM se observó que hubo una disminución de la mortalidad de los pacientes que fueron clasificados,

contribuyendo a una reducción de las muertes por falta de atención.

Cabe destacar que aún existe cierta dificultad para que los pacientes entiendan los tiempos de espera en la atención, sin embargo en un estudio en Minas Gerais¹⁶, el 87% de los usuarios encuestados se mostró satisfecho con el servicio, sobre el tiempo de espera para ser atendidos. Cabe señalar que la mayoría de las personas que concurre a emergencia podría acudir a la atención primaria para resolver su problema de salud, y contribuir a la reducción de las largas colas de espera para quienes realmente necesitan el servicio de emergencia.

En base a la percepción de los encuestados en este estudio, sobre los pacientes, se observó que hubo disminución de las secuelas, satisfacción con la atención y mejora en la relación profesional/paciente. Según un estudio realizado por Souza et al., (2014)¹⁷, luego de la implantación del PM, los usuarios fueron diferenciados según su nivel de urgencia, reduciendo así la gran demanda de servicios y los clasificados como azules fueron instruidos para concurrir a la atención primaria para resolver sus problemas, reduciendo así el tiempo de espera para la atención en casos no graves.

Para los enfermeros de una sala de emergencias en la región sur de Brasil, priorizar la atención de los pacientes en

riesgo de daño es visto como una de las contribuciones positivas del PM, asegurando la atención de urgencias y reduciendo las secuelas y los riesgos de agravamiento derivados de un tiempo de espera prolongado, además de contribuir a que el usuario se sienta seguro¹¹, ya que se realiza una escucha cualificada y así una relación más cercana entre el usuario y el equipo de salud, procurando que no abandone el servicio sin recibir algún tipo de atención.

Cabe destacar que para que se construya una receptividad entre usuarios y trabajadores y calidad en esta relación, es necesario implantar sistemas/programas de clasificación de riesgos, para poder alcanzar mejores niveles en la calidad de la atención. El PM es un ejemplo de un instrumento que permite obtener buenos resultados y ha sido utilizado en varios países del mundo, con diferentes realidades. Su confiabilidad se considera aceptable y existe acuerdo sobre los beneficios que se derivan de su implementación.¹⁸⁻²⁰

CONCLUSIONES

Conocer la percepción y expectativas de los profesionales que brindan atención en el servicio de RCCR es un elemento importante para evaluar los servicios de emergencia. En el presente estudio se corroboró que los profesionales conocen y afirman que el PM tiene un gran impacto en los beneficios y mejora el mecanismo de

gestión, además de reducir el riesgo de empeoramiento de la salud de los pacientes.

Se observa que los profesionales de enfermería están preocupados por la calidad de la RCCR en los servicios de emergencia, por lo que es importante difundir estudios sobre el tema, para que puedan contribuir a una mejor planificación y efectividad de este sistema. Además, las instituciones que aún no han implantado la clasificación de riesgos pueden basarse en las experiencias compartidas en el espacio científico y adaptarlas a sus necesidades reales.

Se señalan como limitaciones el tamaño de la muestra y el hecho de que el estudio se haya realizado en un solo hospital, que, a pesar de ser un referente en emergencias clínicas y traumáticas, puede no reflejar con precisión las características de otros servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Hinson JS, Martinez DA, Scmitz PSK, Toerper M, Radu D, Scheulen J, et al. Accuracy of emergency department triage using the Emergency Severity Index and independent predictors of under-triage and over-triage in Brazil: a retrospective cohort analysis. *Int J Emerg Med*. [Internet]. 2018 [citado em 07 out 2020]; 11(3):1-10. Disponible em: <https://intjem.springeropen.com/articles/10.1186/s12245-017-0161-8>
2. Prudêncio CPG, Monteiro RAN, Ribeiro BCM, Gomes MSM, Manhães LSP. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. *Rev Baiana Enferm*. [Internet]. 2016 [citado em 13 ago 2019]; 30(2):1-10. Disponible em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14917/pdf_46
3. Costa MAR, Versa GLGS, Bellucci JA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços hospitalares de emergência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2015; [citado em 30 ago 2019]; 23(1):491-7. Disponible em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0491.pdf>
4. Ebrahimi M, Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Nassehi A, Jafari M. The role descriptions of triage nurse in emergency department: a Delphi study. *Scientifica (Cairo)* [Internet]. 2016 [citado em 15 jul 2020]; 2016(ID5269815):1-6. doi:10.1155/2016/5269815
5. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Emergency triage: Manchester triage group*. 3rd ed. Cowley, Oxford: BMJ Books; 2014.
6. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. Overcrowding crisis in our nation's emergency departments: is our safety net unraveling? *Pediatrics* [Internet]. 2004 [citado em 15 jul 2020]; 114(3):878–88. doi:10.1542/peds.2004-1287
7. Roncalli AA, Oliveira DN, Silva ICM, Brito RF, Viegas SMF. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. *Rev Baiana Enferm*. [Internet]. 2017. [citado em 20 set 2019]; 31(2):e16949. Disponible em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16949/14511>. doi: 10.18471/rbe.v31i2.16949
8. Freitas RJM, Pereira MFA, Lima CHP, Melo JN, Oliveira KKD. A violência contra os profissionais da enfermagem no setor de acolhimento com classificação de risco. *Rev Gaúch Enferm*. [Internet]. 2017 [citado 30 set 2019]; 38(3):e62119. Disponible em:

<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n3/0102-6933-rgenf-38-3-e62119.pdf>

9. Soares ACL, Brasileiro M, Souza DG. Acolhimento com classificação de risco: atuação do enfermeiro na urgência e emergência. *Rev Recien* [Internet]. 2019 [citado em 07 out 2020]; 8(22):22-33. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/245/pdf>
10. Oliveira JLC, Gatti AP, Barreto MS, Bellucci Junior JA. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2017 [citado 03 dez 2019]; 26(1):e0960014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf
11. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2015 [citado em 03 dez 2019]; 68(1):45-51. doi:10.1590/0034-7167.2015680107p
12. Bellucci-Júnior JA, Vituri DW, Versa GLGS, Furuya PS, Vidor RC, Matsuda LM. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação do processo de atendimento. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2015. [citado em 13 ago 2019]; 23(1):82-7. doi:10.12957/reuerj.2015.4976
13. Versa GLGS, Vituri DW, Buriola AP, Oliveira CA, Matsuda LM. Avaliação do acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência hospitalar. *Rev Gaúch Enferm*. [Internet]. 2014. [citado em 13 ago 2019]; 35(3):21-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000300021&script=sci_arttext&lng=pt. doi:10.1590/1983-1447.2014.03.45475
14. Raich M, Lorenzoni N, Angerer S, Nöhammer E, Stummer H. Nurses' experiences with the implementation of a Manchester Triage System in an emergency department. *Eur J Public*

Health [Internet]. 2019 [citado em 07 out 2020]; 29(Suppl 4):ckz186.425. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.425>

15. Gonçalves PC, Pinto-Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a emergency hospital. *Invest Educ Enferm*. [Internet]. 2015. [citado em 28 jun 2020]; 33(3):424-31. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28569949>

16. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Acolhimento com classificação de risco do serviço de pronto-socorro adulto: satisfação do usuário, São Paulo, SP. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [citado em 22 jun 2020]; 50(3):427-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf

17. Souza TH, Andrade SR. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. *Cogitare Enferm*. [Internet]. 2014 [citado em 20 set 2019]; 19(4):701-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35941>

18. Mirhaghi A, Mazlom R, Heydari A, Ebrahimi M. The reliability of the Manchester Triage System (MTS): a meta-analysis. *J Evid Based Med*. [Internet]. 2017 [citado em 15 jul 2020]; 10(2):129-135. doi:10.1111/jebm.12231

19. Azeredo TRM, Guedes HM, Almeida RAR, Chianca TCM, Martins JCA. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*. [Internet]. 2015 [citado em 29 jun 2020]; 23(2):47-52. doi:10.1016/j.ienj.2014.06.001

20. Zachariasse JM, Seiger N, Rood PPM, Alves CF, Freitas Paulo, Smit FJ, et al. Validity of the Manchester Triage System in emergency care: a prospective observational study. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 [citado em 07 out 2020]; 12(2):e0170811. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5289484/pdf/pone.0170811.pdf>

RECIBIDO: 18/12/2019
AUTORIZADO: 27/01/2021
PUBLICADO: 06/2021