

O Protocolo de Classificação de Risco-Manchester em uma Unidade Hospitalar de Patos de Minas (MG)

The Manchester Risk Rating Protocol in a Hospital Unit in Patos de Minas (MG)

Mara Cristiane de Jesus (1)

Adriano Alves Santos (2)

José Henrique Nunes Borges de Andrade (3)

(1) Graduada em Enfermagem (UNIPAM).

E-mail: maracris2004@hotmail.com

(2) Mestrando em Educação Profissional e Tecnológica (IFTM).

E-mail: adrianosantos.mestrado@gmail.com

(3) Professor orientador (UNIPAM); Especialista em Saúde Pública em Ênfase em Saúde da Família (UFMG).

E-mail: josehenrique@unipam.edu.br

Resumo: O setor de emergência surgiu com o propósito de diminuir casos de morbimortalidade e de atender emergências e casos agudos com risco iminente de morte. A implantação da classificação de risco surge para reduzir a superlotação e os índices de mortalidade nesses serviços. Este estudo consistiu numa pesquisa documental, quantitativa, de caráter descritivo e retrospectivo, realizada junto a pacientes do Hospital Regional Antônio Dias e submetidos à classificação de risco. Apresentou como objetivo avaliar o processo de classificação de risco nessa Unidade Hospitalar. Notou-se que a maioria dos casos é de pacientes do gênero feminino, idade média de 36,85 anos. Em 92 casos (30,66%), relataram-se “problemas em extremidades”, em 115 (38,33%), problemas com atendimento pela clínica ortopédica. Houve predomínio da classificação verde, com maioria sendo atendida no prazo. Concluiu-se que essa prática é de grande importância, sendo um processo dinâmico de identificação e priorização do atendimento, visando a discernir casos críticos e não críticos.

Palavras-chave: Classificação. Emergência. Manchester. Triagem.

Abstract: The emergency sector was created with the purpose of reducing morbidity and mortality cases and to attend emergencies and acute cases with imminent risk of death. The implementation of risk classification emerges to reduce overcrowding and mortality rates in these services. This study consisted of a descriptive and retrospective documentary quantitative research conducted with patients from the Antonio Dias Regional Hospital and submitted to risk classification. It aimed to evaluate the risk classification process in this Hospital Unit. Most cases were female patients, mean age 36.85 years. In 92 cases (30.66%) “extremity problems” were reported, 115 cases (38.33%) with orthopedic clinic care. There was a predominance of green classification, with the majority being met on time. It was concluded that this practice is of great importance, being a dynamic process of identification and prioritization of care, aiming to discern critical and non-critical cases.

Keywords: Classification. Emergency. Manchester. Screening.

1 Introdução

Muitos usuários procuram, nos serviços de emergência, a porta de entrada do sistema de saúde, buscando atendimento também para casos de menor complexidade que deveriam ser referenciados às unidades de atenção básica. (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

O setor de emergência surgiu com o propósito de diminuir os casos de morbimortalidade, atender as emergências e casos agudos com risco iminente de morte, entretanto, houve uma crescente demanda e procura pelo atendimento nesses serviços ocasionando um fluxo desordenado de usuários nas portas dos prontos-socorros. (SILVA, 2013).

Em virtude da realidade de excesso de demanda, levando a superlotação dos serviços hospitalares de emergência, torna-se imprescindível a adoção de medidas de classificação de risco para organizar os serviços e estabelecer os fluxos de atendimentos aos pacientes, com a priorização dos casos mais graves e a definição de prazos de atendimento segundo a complexidade dos casos. (FERREIRA *et al.*, 2016).

Como forma de melhoria para o processo de atendimento em serviços de urgência, têm sido adotadas medidas para minimizar os riscos associados à longa espera por atendimento, principalmente com a implementação da metodologia de classificação de risco em unidades de emergência, representando um importante instrumento na organização desses serviços, já que prioriza o atendimento de pacientes mais graves, organizando o fluxo e reduzindo as possíveis consequências negativas para a saúde dos usuários. (FERREIRA *et al.*, 2016).

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, segundo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e não mais impessoal e por ordem de chegada (BRASIL, 2006).

O primeiro curso sobre o protocolo de Manchester a ser realizado no Brasil foi em 2007, na cidade de Belo Horizonte (MG) e foi ministrado pelo grupo português de triagem. O estado de Minas Gerais foi o primeiro estado do Brasil a implantar o protocolo de Manchester nos serviços de emergência e posteriormente o estado do Espírito Santo e Rio Grande do Sul. (BOHN, 2013).

De acordo com Souza, Araújo e Chianca (2015), a escala de triagem do Manchester classifica o paciente em cinco níveis de prioridade: nível 1 (emergência, deve receber atendimento médico imediato); nível 2 (muito urgente, avaliação médica em até 10 minutos); nível 3 (urgente, avaliação médica em até 60 minutos); nível 4 (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos); nível 5 (não urgente e pode aguardar até 240 minutos para atendimento médico).

Quadro 1: Protocolo de classificação de risco: o protocolo de Manchester.

COR	PRIORIDADE	TEMPO DE ATENDIMENTO
VERMELHO	Emergência	0 minuto
LARANJA	Muito urgente	10 minutos
AMARELO	Urgente	60 minutos
VERDE	Pouco Urgente	120 minutos
AZUL	Não urgente	240 minutos

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, 2012.

O Protocolo de Risco Manchester foi implantado no HRAD no ano de 2013, e a classificação é realizada por um profissional de enfermagem de nível superior devidamente treinado. Ele realiza a entrevista com o cliente, identifica a queixa principal e através dela associa um fluxograma de Manchester a ser aplicado. Após reunir os dados, o enfermeiro, embasado neste fluxograma, emite uma pulseira que expressa por meio de uma cor a classificação da prioridade de atendimento do usuário e organiza o fluxo das intervenções.

Diante da importância da classificação de risco para a organização do atendimento de urgência em âmbito hospitalar, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar o processo de classificação de risco pelo Protocolo Manchester, no Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), em Patos de Minas (MG), no período de janeiro a junho de 2017.

Os objetivos específicos propostos para este estudo são: verificar o cumprimento do tempo de atendimento ao cliente, de acordo com o protocolo de classificação de risco; qual a clínica de atendimento é mais procurada e qual o gênero, a idade e a queixa predominante do paciente apresentada no fluxograma de triagem.

O HRAD é referência em atendimentos de urgência e emergência para 33 municípios da Macrorregião Noroeste de Minas Gerais, abrangendo uma população de 699.974 habitantes, de acordo com os dados do PDR/SUS-MG de 2016. Sendo assim, é de fundamental importância avaliar a eficiência do processo de classificação de risco no hospital em estudo, de modo a garantir o cumprimento da proposta de criação da metodologia da classificação de risco, para prestar um atendimento de qualidade à população assistida.

2 Metodologia

O presente estudo foi realizado através de uma pesquisa documental, quantitativa e de caráter descritivo e retrospectivo. A coleta de dados se deu aleatoriamente a partir da análise dos prontuários de pacientes atendidos no Hospital Regional Antônio Dias, em um período de janeiro a junho de 2017, onde foram submetidos à triagem de classificação do protocolo de risco. Nesse estudo, foi observado o cumprimento dos prazos definidos para o atendimento. Observou-se o horário que foi realizada a classificação de risco e a efetivação do atendimento médico, além de verificar o perfil dos pacientes atendidos.

Os dados coletados foram dispostos em quadro e tabelas pelo programa Microsoft Excel 2010 e analisados pela análise descritiva.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG sob o Parecer nº 2.004.448 (06 de abril de 2017) e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAM sob o Parecer nº1. 933.391 (20 de fevereiro de 2017).

3 Resultados e discussão

Foram coletados os dados em 300 prontuários dos pacientes atendidos no HRAD de forma aleatória no período de janeiro a junho de 2017. Nota-se, na Tabela1, a prevalência de procura por atendimento de pacientes do gênero feminino 181 (60%) e de adultos com idade média de 36,85 anos. É necessário considerar que o HRAD é referência no atendimento a gestantes de alto risco da Macrorregião Noroeste do estado de Minas Gerais, o que caracteriza o perfil de atendimento desta unidade hospitalar e corrobora para a prevalência do gênero feminino.

Resultado semelhante foi obtido no estudo realizado por Souza *et al.* (2011), que teve por objetivo relacionar o grau de concordância entre um protocolo institucional de um hospital público de Belo Horizonte e o do protocolo de Manchester. Pontuaram um total de 204 prontuários de pacientes e constataram que a maioria (53,4%) era do sexo feminino com idade média de 39,32 anos.

O estudo de Guedes *et al.* (2015), realizado no pronto socorro da Santa Casa de Caridade de Diamantina (MG), diverge desses resultados. O autor pontua que dos 509 prontuários de pacientes analisados, 300 (59,3%) eram do gênero masculino, com idade média de 59,1 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos registros em relação ao sexo e idade nos prontuários analisados

Sexo	Nº	%
Masculino	119	40
Feminino	181	60
Idade		
0 a 9 anos	20	06
10 a 19 anos	33	11
20 a 29 anos	62	21
30 a 39 anos	71	24
40 a 49 anos	38	13
50 a 59 anos	27	08
> de 60 anos	52	17
Total	300	100%

Fonte: Dados coletados nos prontuários de pacientes atendidos entre o mês de janeiro a junho de 2017.

De acordo com a Tabela 2, a clínica que enumerou maior número de atendimentos (115 – 38,33%) foi à clínica ortopédica, seguida da clínica ginecológica (89 – 29,66%), provavelmente pelo motivo de o hospital em estudo ser referência da região em traumas e gestantes de alto risco.

Tabela 2 – Distribuição dos registros nos prontuários analisado sem relação à clínica atendida

Clínica	Nº	%
Ortopedia	115	38,33
Ginecologia	89	29,66
Cirurgia geral	68	22,66
Clínica médica	14	4,66
Pediatria	06	2,00
Bucomaxilofacial	03	1,00
Não classificados	03	1,00
Otorrinolaringologia	02	0,66
Total	300	100%

Fonte: Dados coletados nos prontuários de pacientes atendidos entre o mês de janeiro a junho de 2017.

Observando o exposto na Tabela 3, o registro do fluxograma “Problemas em Extremidades” registrou o maior número de queixas, 92 casos, representando 30,66% dos atendimentos com classificação de risco. Esse fato pode estar relacionado ao predomínio de atendimentos ortopédicos (38,33%) descritos na Tabela 2 e pelo fato de o hospital ser referência em traumas. Com isso, todos os pacientes que tenham sofrido traumas ortopédicos diversos e atendidos no serviço público de saúde são encaminhados para atendimento no HRAD. Esse resultado coincide com o estudo de Guedes *et al.* (2015), que pontuam em seu estudo realizado no pronto socorro da Santa Casa de Caridade de Diamantina (MG), que 77,1% das queixas dos pacientes se referiam a problemas de extremidades. Desses, 69,6% foi devido à fratura.

Divergindo deste estudo, Souto, França e Berti (2014) identificaram, em seu estudo, que dos 4.986 pacientes atendidos na classificação de risco de uma instituição hospitalar do Sul de Minas Gerais, 15,9% apresentaram o fluxograma “Mal Estar” como sendo o mais prevalente.

Tabela 3 – Distribuição dos registros classificados em relação ao fluxograma prescrito pelo enfermeiro

Fluxograma destinado pelo enfermeiro	Nº	%
Problemas em extremidades	92	30,66
Não classificados	78	26,00
Gravidez	53	17,66
Dor abdominal em adulto	20	6,66
Feridas	16	5,33
Outros	08	2,66
Quedas	06	2,00
Dor lombar	05	1,66
Trauma cranioencefálico	05	1,66
Dor cervical	04	1,33
Dor torácica	04	1,33
Mordeduras e picadas	04	1,33
Convulsões	03	1,00
Dispneia em criança	02	0,66
Total	300	100%

Fonte: Dados coletados nos prontuários de pacientes atendidos entre o mês de janeiro a junho de 2017.

Considerando a classificação de risco do Protocolo de Manchester, este estudo mostra na Tabela 4 os seguintes dados: 98 (32,67%) pacientes classificados como verde (pouco urgente) podem ser atendidos em até 120 minutos. Corroborando o estudo de Anzillero *et al.* (2016), por categoria de prioridade, a maioria dos pacientes foi classificada com prioridade verde (69,7%) e a de menor (0,5%) foi a de prioridade vermelha (emergência).

A procura dos serviços de urgência hospitalar está diretamente relacionada não só ao aumento da violência urbana e dos números de acidentes, como também à alta demanda que a atenção básica não consegue absorver, ou seja, à insuficiente estruturação da rede. (GUEDES *et al.*, 2015). Esse fato corrobora o aumento das pessoas triadas com a cor verde.

Considerando que a unidade hospitalar em questão é referência na cidade em atendimentos de urgência e emergência, o número de pacientes atendidos dentro da classificação vermelha 02 (0,66%) pode ser justificado pela entrada direta do paciente para sala de emergência sem passar pela triagem. Segundo Guedes *et al.* (2015), os usuários que mais necessitam de atendimento (cor vermelha) são passados à frente, o que proporciona uma sensação de segurança aos funcionários do setor, pois sabem que as pessoas que estão na espera já foram triadas e classificadas pelo enfermeiro e realmente podem esperar pelo atendimento e tem menos chances de que algum agravo aconteçam com elas.

Há de se ressaltar que, no HRAD, o Protocolo de Manchester não dispõe no momento de atendimento em tempo integral do serviço de classificação de risco, de modo que somente alguns plantões contam com a cobertura desse serviço. Conforme afirmam Souza e Andrade (2014), os problemas de ordem organizacional, sobretudo a falta de profissionais para a realização dos serviços, constitui uma das principais causas da inexistência da classificação de risco em unidades de saúde.

Merece destaque ainda que, como o hospital objetivo do estudo apresenta funcionamento de 24 horas por dia, à indisponibilidade do serviço de classificação de risco em todo o horário de funcionamento da instituição compromete e torna menos efetivo esse processo.

Tabela 4 – Classificação por prioridade seguindo as cores atribuídas na classificação segundo o Protocolo de Manchester

Classificação na Escala de Risco	Nº	%
Vermelho	02	0,66
Azul	17	5,66
Laranja	23	7,67
Amarelo	74	24,67
Branco	86	28,67
Verde	98	32,67
Total	300	100 %

Fonte: Dados coletados nos prontuários de pacientes atendidos entre o mês de janeiro a junho de 2017.

Analisando ainda a Tabela 4, é possível observar um elevado percentual de atendimentos classificados com a cor branca (28,67%), ficando atrás somente dos atendimentos classificados com a cor verde (32,67%). Embora esse resultado represente uma divergência frente ao perfil assistencial do HRAD, ele pode ser justificado pela grande procura de procedimentos agendados previamente pela Secretaria Municipal de Saúde, como cirurgias eletivas que abrangem a clínica de cirurgia geral, ginecológica, ortopédica, bucomaxilofacial, otorrinolaringologia, plástica corretiva, procedimentos odontológicos em paciente que dependem de cuidados especiais, exames, dentre outros.

Além disso, também merece destaque o fato de que, no hospital, muitos dos atendimentos de maior gravidade são encaminhados diretamente à sala de emergência para possibilitar maior celeridade no atendimento. Nesses casos, nem sempre é possível ao enfermeiro da classificação de risco comparecer àquele setor para realizar o procedimento de classificação deste paciente.

Tabela 5 – Relação dos pacientes triados e atendidos conforme o Protocolo de Risco Manchester

Prioridade	Triados	Atendidos dentro do prazo	Não atendidos dentro do prazo
Vermelho	02	00	02
Azul	17	17	00
Laranja	23	04	19
Amarelo	74	43	31
Branca	86	86	0
Verde	98	79	19
Total	300	229	71

Fonte: Dados coletados nos prontuários de pacientes atendidos entre o mês de janeiro a junho de 2017.

De acordo com Anziliero *et al.* (2016), a cor branca em Portugal e no Brasil é destinada àqueles pacientes que procuram o serviço de emergência para resoluções de procedimentos eletivos e para eles não há indicação de tempo de atendimento. No entanto, o resultado desse estudo para triagem de cor branca foi de 86 (28,67) dos pacientes classificados para essa cor atendidos dentro do prazo necessário à realização de cada procedimento agendado.

A Tabela 5 evidencia que os pacientes classificados com níveis de prioridade 1, 2 e 3, que retratam maior prioridade, não foram atendidos no prazo, podendo ser justificado pelo fato de pacientes de maior prioridade serem, geralmente, atendidos antes mesmo que seu cadastro seja iniciado. A identificação e a emissão do boletim de atendimento, portanto, acontecem ao mesmo tempo em que acontece o atendimento. A classificação de risco ocorre de modo retrospectivo, após a estabilização clínica do paciente. Os pacientes classificados como níveis 4 e 5 de menor prioridade e os demais classificados brancos foram atendidos dentro do prazo.

4 Conclusão

Neste estudo, observou-se que a maioria dos pacientes submetidos ao processo de classificação de risco no HRAD foi do gênero feminino (60%), com idade média de 36,85 anos. A clínica que enumerou maior número de atendimentos 115 (38,33%) foi a clínica ortopédica e o registro do fluxograma “Problemas em Extremidades” foi apresentado como motivo de atendimento para 92 casos (30,66%). Esses resultados refletem a característica do perfil assistencial do hospital, que é referência em traumas, o que contribuiu para justificar a procura da clínica ortopédica pela maioria.

Além disso, a queixa que foi citada na maioria dos atendimentos pelo enfermeiro da classificação de risco foi “problemas em extremidades”, citado por 30,66% dos pacientes que passaram pela classificação de risco neste hospital. A escala que apresentou maior percentual entre os pacientes classificados foi a cor verde, tendo sido classificados 32,67% dos casos.

Conclui-se que a classificação de risco é atividade relativamente nova na atuação do enfermeiro no Brasil e vem conquistando seu espaço a cada dia, visando à melhoria no atendimento, o que cada vez mais contribuirá para selecionar o grau de necessidade da população que o procura para solucionar suas queixas de dor.

Sendo assim, é imperativo que o hospital do estudo em questão invista na formação de um número maior de profissionais capacitados em classificação de risco pelo Protocolo de Manchester e no desenvolvimento de programas de capacitação permanente à equipe de enfermagem, com vistas a discutir as melhores evidências para o cuidado aos pacientes, o que implicará cada vez mais melhoria da qualidade do cuidado prestado e o atendimento satisfatório às necessidades da população. Para o enfermeiro que atua na classificação de risco, é imprescindível a capacitação dentro desse contexto para que ele adquira conhecimento e habilidade em avaliação do paciente, registro correto e detalhado da queixa principal. Há capacidade de trabalhar em equipe, de raciocínio clínico e agilidade mental para as tomadas de decisões e conhecimento sobre os sistemas de apoio na rede assistencial do SUS para fazer o encaminhamento responsável do paciente; quando houver necessidade se faz também prioritário.

É importante ressaltar ainda que, por tratar-se de um serviço criado recentemente, cujo funcionamento ainda não ocorre da forma mais adequada, sugere-se que posteriormente sejam realizados novos estudos, sobretudo quando o serviço de classificação de risco estiver ocorrendo de forma integral naquela unidade hospitalar, possibilitando uma análise mais aprofundada dos principais aspectos relacionados a esse procedimento.

Por fim, constatou-se que a prática de classificação de risco é de grande importância, pois se trata de um processo dinâmico de identificação e priorização do atendimento, visando a discernir os casos críticos que necessitam de atendimento imediato dos não críticos. Para que ele seja efetivo, é necessário número adequado de funcionários com treinamento atendendo em tempo integral.

Referências

ANZILIERO, Franciele *et al.* Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000400417&script=sci_arttext.

Acesso em: 27 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BOHN, Márcia Luciane da Silva. **Classificação de Risco Manchester**: opinião dos enfermeiros do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2013.19 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69756/000872993.pdf?sequence=1>.

Acesso em: 08 out. 2016.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - CORENSP 001/2012 - CT PRCI n. 99.069/2012. **Acolhimento com classificação de risco pelo sistema de triagem de Manchester - STM - executado por enfermeiro no atendimento de urgência e emergência**. Legalidade da Atuação. COREN-SP 2012. Disponível em:

<http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/>. Acesso em: 20 ago. 2016.

DAL PAI, Daiane; LAUTERT, Liana. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do “discurso vazio” no acolhimento com classificação de risco. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 524-530, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300012. Acesso em: 13 ago. 2016.

FERREIRA, Edinete Bezerra *et al.* Acolhimento com classificação de risco em serviços de urgência e emergência hospitalar. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, v. 3, n. 1, p. 148-178, jan./mar. 2016. Disponível em:

http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_9/Trabalho_09.pdf. Acesso em: 23 ago. 2017.

GUEDES, Helisamara Mota *et al.* Relação entre queixas apresentadas por pacientes na urgência e o desfecho final. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 587-594, jul./ago. 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00587.pdf. Acesso em: 26 set. 2017.

PDR-SUS/MG - **Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde**. POPULAÇÃO ESTIMATIVA/IBGE/TCU-2016, GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Disponível

em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/23-03-Adscricao-e-populacao-dos-municipios-por-microrregiao-e-macrorregiao-de-saudePDF.pdf>. Acesso em: 22 set. 2017.

SILVA, Bolpato. Proposta de implantação do protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco no setor de emergência do pronto socorro de Barra do Garças – MT. **Revista Eletrônica da Univar**, Barra do Garças, v. 1, n. 9, p. 85-89, 2013. Disponível em: <http://revista.univar.edu>. Acesso em: 18 set. 2016.

SOUTO, Jaqueline Pereira; FRANÇA, Maria Carolina Miranda Alves Lanza; BERTI, Thaísa Gonçalves. **Classificação de risco em pronto-socorro**: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. 2014. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Wenceslau Braz- EEWB, Itajubá, 2014. Disponível em: <http://eewb.phlnet.com.br/TCC2014/Jaqueline-Maria-Thaisa.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

SOUZA, Cristiane Chaves; TOLEDO, Alexandre Duarte; TADEU, Luiza Ferreira Ribeiro; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100005&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 27 set. 2017.

SOUZA, Cristiane Chaves; ARAÚJO, Francielli Aparecida; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 143-150, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf. Acesso em: 27 set. 2017.

SOUZA, Thaise Honorato; ANDRADE, Selma Regina. Acolhimento com classificação de risco: um indicador da demanda emergencial de um serviço hospitalar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 701-708, out./dez. 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/35941/23931>. Acesso em: 02 out. 2017.