

Sistema de Triagem de Manchester: principais fluxogramas, discriminadores e desfechos dos atendimentos de uma emergência pediátrica¹

Camila Amthauer²

Maria Luzia Chollopetz da Cunha³

Objetivo: caracterizar os atendimentos realizados por meio da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester, identificando dados demográficos (idade, sexo), principais fluxogramas, discriminadores e desfechos na emergência pediátrica. Método: estudo quantitativo transversal. Os dados referentes à classificação de risco foram obtidos por meio de uma pesquisa ao registro informatizado de dados dos prontuários dos pacientes atendidos na emergência pediátrica no período de um ano. Para análise foi utilizada estatística descritiva com frequências absolutas e relativas. Resultados: foram realizados 10.921 atendimentos na emergência pediátrica, em sua maioria do sexo masculino (54,4%), com idade entre 29 dias e dois anos (44,5%). Houve prevalência da categoria de risco urgente (43,6%). O principal fluxograma utilizado nos atendimentos foi pais preocupados (22,4%) e o discriminador mais prevalente foi evento recente (15,3%). O desfecho de internação hospitalar ocorreu em 10,4% dos atendimentos realizados na emergência pediátrica, entretanto 61,8% dos atendimentos necessitaram permanecer em observação e/ou ficar sob os cuidados da equipe de saúde na emergência pediátrica. Conclusão: pais preocupados foi o principal fluxograma utilizado e evento recente o discriminador mais prevalente, constando-se os desfechos de hospitalização e de permanência em observação na emergência pediátrica, antes da alta para o domicílio.

Descritores: Triagem; Pediatria; Enfermagem em Emergência; Enfermagem Pediátrica; Serviço Hospitalar de Emergência.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Características da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em uma Unidade de Emergência Pediátrica", apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoio financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos, FIPE, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil, processo nº 13-0397.

² Enfermeira, MSc.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Como citar este artigo

Amthauer C, Cunha MLC. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2779. [Access

]; Available in:

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>.

 meses dia ano

URL

Introdução

O serviço de emergência pode ser considerado como o de maior complexidade da assistência à saúde no Brasil, com uma demanda de atendimento maior que sua capacidade de absorção. Com o aumento dessa demanda, torna-se visível o desequilíbrio entre a oferta e a procura por atendimento nesses serviços, tornando fundamental a reorganização do processo de trabalho⁽¹⁾. Além disso, a atuação deve ser conjunta a um sistema de regulação com referência e contrarreferência, voltada ao atendimento ambulatorial e à classificação dentro do ambiente hospitalar, proporcionando locais de seguimento após o atendimento no serviço de emergência⁽²⁾.

O acolhimento do paciente no serviço de emergência deve ser realizado por meio de um protocolo de classificação de risco, objetivando à priorização do atendimento de acordo com a gravidade do caso. Dentre os protocolos de classificação de risco já existentes, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM), criado na Inglaterra, que determina o nível de urgência de cada paciente. O enfermeiro responsável pela classificação seleciona o fluxograma mais adequado para a queixa principal, história clínica e sinais e sintomas apresentados pelo paciente, um discriminador é encontrado e o paciente é classificado em uma das cinco categorias: Emergente (vermelho), avaliação imediata pelo médico; Muito Urgente (laranja), avaliação em até 10 minutos; Urgente (amarelo), 60 minutos; Pouco Urgente (verde), 2 horas; e, Não Urgente (azul), 4 horas⁽³⁻⁴⁾.

O enfermeiro é o profissional designado para a avaliação e a classificação de risco do paciente, orientado por um protocolo de classificação direcionador, propondo a utilização de um fluxograma de atendimento para instigar esse profissional a uma reflexão sobre seu processo de trabalho no contexto da atenção às urgências, substituindo a triagem excludente por um modelo de classificação acolhedor⁽⁵⁾.

Em situações de emergência, a criança costuma ser a principal vítima, pois necessita de uma atenção especial diante de suas especificidades de saúde, na qual precisam de recursos especializados para seu atendimento emergencial⁽⁶⁾. No que refere-se a classificação de risco em um serviço de emergência pediátrica, percebe-se a necessidade de um processo organizado e sistematizado de assistência à saúde da criança, acrescido de um instrumento de classificação estruturado que permite ao enfermeiro avaliar de forma criteriosa as principais queixas do paciente no momento da classificação, a fim de prestar um atendimento e

encaminhamento correto para o sofrimento, risco e/ou agravo à saúde da criança⁽⁷⁾.

O STM traz uma lista com 52 fluxogramas, sendo 49 adequados para crianças. Estudos desenvolvidos na Holanda avaliaram a validade do STM no atendimento de emergência pediátrica, objetivando realizar uma avaliação detalhada de categorias específicas dos pacientes. Os estudos evidenciaram que o STM tem moderada sensibilidade e especificidade no atendimento de emergência pediátrica, podendo estar relacionada à falta de organização dos fluxogramas específicos para pacientes pediátricos⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Na revisão da literatura, não foram encontrados estudos sobre o perfil dos pacientes pediátricos classificados com este protocolo, tão pouco foram relatadas pesquisas com análise do STM em emergência pediátrica. Constata-se que, frequentemente, o enfermeiro responsável pela classificação de risco é o mesmo que atende adultos e crianças, sem que exista um olhar mais direcionado a este grupo etário, considerando as particularidades que os pacientes pediátricos apresentam. Considerando a importância de caracterizar os atendimentos dos pacientes pediátricos classificados com o STM, surgiu a seguinte questão de pesquisa: "Quais são as características dos atendimentos realizados por meio da classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester em uma emergência pediátrica de um hospital universitário?" Tal estudo visa o conhecimento do emprego deste protocolo de classificação em pacientes pediátricos podendo, futuramente, justificar o desenvolvimento de pesquisas a fim de otimizar a classificação de risco a partir do STM na população pediátrica. Portanto, o presente estudo tem por objetivo caracterizar os atendimentos realizados por meio da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester, identificando dados demográficos (idade, sexo), principais fluxogramas, discriminadores e desfechos na emergência pediátrica.

Método

Estudo quantitativo transversal, realizado em uma emergência pediátrica, vinculada a um serviço de emergência, localizada em um hospital universitário do sul do país, que abrange o atendimento de pacientes adultos e pediátricos por meio do Sistema Único de Saúde. Com capacidade para internar 49 pacientes adultos e nove pacientes pediátricos, o serviço atende mais de 5.000 pacientes mensalmente. Desse total, a emergência pediátrica atende uma média de 1.000 pacientes ao mês. A partir do ano de 2012, o Serviço de emergência implementou o STM para classificação

de risco dos pacientes adultos e pediátricos, sendo realizada pelos enfermeiros lotados no Serviço.

A população do estudo foi composta por pacientes com idade inferior a 14 anos classificados pelo STM na emergência pediátrica, no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013. Foram incluídos no estudo os prontuários de pacientes com idade inferior a 14 anos atendidos após a classificação feita a partir do STM, classificados como Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente, Não Urgente e Sem Classificação. Sabe-se que alguns pacientes buscaram atendimento na emergência pediátrica mais de uma vez durante o período estudado. Portanto, para fins de resultados, será considerado o número total de atendimentos realizados na emergência pediátrica do Hospital e que foram classificados pelo STM.

Foram excluídos do estudo os prontuários de pacientes admitidos na emergência pediátrica após a transferência de outras instituições de saúde, previamente classificados pelo STM.

Para a coleta de dados, foi solicitada uma pesquisa ao Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde, onde consta o registro informatizado de dados dos prontuários dos pacientes classificados pelo STM, realizada por meio de uma *query*. A *query* é uma maneira de investigar prontuários informatizados na Instituição e é solicitada por meio do preenchimento de um formulário de pesquisa das variáveis do estudo. Na *query* foram solicitadas todas as variáveis pertinentes ao estudo: a) idade; b) sexo; c) fluxograma; d) discriminador; e) classificação conforme o STM (Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente, Não Urgente e Sem Classificação); f) encaminhamento do paciente após a consulta médica (alta hospitalar, internação, óbito); g) local de internação (Sala de Procedimentos Pediátrica, Sala de Observação Pediátrica, Unidade de Internação Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal).

Os dados da pesquisa foram organizados em banco de dados Microsoft Excel e, posteriormente, analisados por meio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18. Todas as variáveis foram categorizadas e expressas por frequência absoluta e frequência relativa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação – GPPG do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número 13-0397. Foram respeitados os princípios éticos em saúde, conforme a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Os autores assinaram um Termo de Compromisso para utilização dos dados dos prontuários.

Resultados

Durante o período que compreendeu a pesquisa, foram realizados 10.921 atendimentos na emergência pediátrica. Dentre os atendimentos prevaleceram os pacientes do sexo masculino (54,4%) e a faixa etária predominante foi de crianças com idade entre 29 dias e dois anos (44,5%), alocados na categoria de lactentes.

De acordo com a classificação de risco do STM, a categoria Urgente prevaleceu em relação às demais categorias, totalizando 4.762 (43,6%) atendimentos, seguida da categoria Pouco Urgente com 3.713 (34,0%) atendimentos. A categoria Muito Urgente apresentou 1.791 (16,4%) atendimentos, a categoria Sem Classificação apresentou 546 (5,0%) atendimentos, seguida pelas categorias Não Urgente e Emergente, com 65 (0,6%) e 44 (0,4%) atendimentos, respectivamente.

Quanto aos fluxogramas selecionados durante a classificação de risco dos pacientes pediátricos, foram escolhidos 43 fluxogramas dos 52 existentes no STM. O fluxograma pais preocupados prevaleceu em relação aos demais, totalizando 2.446 (22,4%) atendimentos. Os outros fluxogramas identificados nos atendimentos foram Dispneia em criança com 2.097 (19,2%); diarreia e vômitos com 1.267 (11,6%); mal-estar em criança com 699 (6,4%); dor abdominal em criança com 678 (6,2%); dsma com 568 (5,2%); sem classificação com 546 (5,0%); cefaleia com 393 (3,6%); convulsões com 218 (2,0%); problemas em ouvidos com 218 (2,0%). Os demais fluxogramas foram agrupados na categoria Outros, totalizando 1.791 (16,4%) atendimentos.

De acordo com os discriminadores selecionados a partir dos fluxogramas, foram encontrados 105 discriminadores diferentes durante a classificação de risco. Optou-se por descrever os dez principais discriminadores. Existiu prevalência do discriminador evento recente, com 1.671 (15,3%) atendimentos. Os outros discriminadores selecionados nos atendimentos foram criança quente com 928 (8,5%); saturação O2 baixa com 808 (7,4%); dor moderada com 699 (6,4%); sinais de dor moderada com 590 (5,4%); não se alimenta com 579 (5,3%); vômitos persistentes com 557 (5,1%); sem classificação com 546 (5,0%); febril com 480 (4,4%); tosse produtiva com 426 (3,9%). Os demais discriminadores foram agrupados na categoria Outros, com 3.637 (33,3%) atendimentos.

Quanto ao desfecho dos atendimentos após a classificação de risco e a consulta médica, 6.749 (61,8%) dos atendimentos permaneceram em observação e/ou ficaram sob os cuidados da equipe de saúde na emergência pediátrica. Destes, 5.362 (49,1%) foram encaminhados para a sala de procedimentos pediátrica, onde receberam tratamento para sua condição aguda

de saúde, na qual foram liberados para domicílio na sequência; e, 1.387 (12,7%) foram internados na sala de observação pediátrica. O restante dos atendimentos, que correspondem a 4.161 (38,1%), receberam alta domiciliar; e, 11 (0,1%) não aguardaram pela consulta médica, por evasão dos pacientes. Após a classificação de risco e a realização dos primeiros procedimentos e cuidados à saúde, alguns pacientes foram encaminhados para internação nas demais unidades do hospital. Do total de atendimentos realizados na emergência pediátrica, 1.136 (10,4%) necessitaram de internação. Destas, o maior número de internações ocorreu na Unidade de Internação Pediátrica com 871 (76,7%) internações, seguido da Unidade de Oncologia Pediátrica com 120 (10,6%) internações; Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com 67 (5,9%) internações; Unidade de Internação Neonatal com 33 (2,9%) internações e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com 23 (2,0%) internações. Na categoria Outros (1,9%) foram agrupadas as demais unidades do Hospital, nas quais pelo menos um paciente foi encaminhado para internação, totalizando 22 internações.

Discussão

Os resultados deste estudo ajudam a preencher uma lacuna na literatura brasileira no que se refere à aplicabilidade do STM na classificação de risco em uma emergência pediátrica. O protocolo pode auxiliar na prática de enfermagem, priorizando o atendimento das crianças que necessitam de um atendimento de saúde imediato.

Nesta investigação, a aplicação do STM indicou uma prevalência da categoria de risco Urgente (43,6%), representando a necessidade de avaliação em até 60 minutos⁽³⁾. Estudo realizado na Holanda com o objetivo de identificar a capacidade dos pais em avaliar a gravidade da febre na criança e a decisão de procurar o serviço de emergência, constatou a seguinte distribuição entre as categorias do STM: Emergente (2%); muito urgente (44%); urgente (34%); pouco urgente (19%); não urgente (1%)⁽¹¹⁾. No referido estudo houve prevalência das categorias pouco urgente e muito urgente, respectivamente, diferentemente dos resultados do presente estudo, realizado no Brasil, em que prevaleceu os atendimentos classificados na categoria urgente, embora tenha sido utilizado o mesmo protocolo de classificação de risco em ambas as pesquisas. Tal fato pode estar associado à cultura organizacional dos países em que foram desenvolvidos os estudos, da mesma maneira que as diferentes demandas e necessidades de saúde da população. Outro fato que pode ser atribuído a essa diferença diz respeito à classificação de risco que pode

ser subestimada ou superestimada pelos profissionais responsáveis. Subestimar a classificação de risco pode representar um problema à saúde dos pacientes com gravidade e/ou risco elevado, considerando-se que estes poderão ser classificados como pouco urgente ou não urgente, resultando em consequências importantes para sua saúde. A classificação de risco superestimada proporciona maior segurança ao paciente e também ao profissional. Ao mesmo tempo, corrobora para o aumento de pacientes com baixo risco de saúde admitidos no serviço de emergência que consomem os recursos que deveriam ser direcionados aos pacientes com maior gravidade de saúde⁽¹²⁻¹³⁾.

Quanto aos principais fluxogramas selecionados, houve prevalência do fluxograma pais preocupados que, conforme o STM. Pode-se justificar a prevalência deste fluxograma à percepção singularizada dos pais quanto à situação de saúde da criança e o medo da piora, aliados à certeza de um atendimento resolutivo⁽¹⁴⁾. Outros fatores que transformam os serviços de emergência como principais escolhas dos pais para realizar o atendimento às crianças são: qualidade e resolutividade do atendimento; acessibilidade; garantia e agilidade no atendimento; maior densidade tecnológica oferecida pelo serviço e atendimento médico ser realizado por pediatra⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Em estudo realizado no Brasil com o objetivo de conhecer o perfil das crianças e adolescentes atendidos em um serviço de emergência pediátrica identificou que uma parcela de 47,4% foi classificada como situações de saúde passíveis de serem resolvidas em nível de atenção básica, onde os pacientes apresentavam sintomas considerados como "leves", não havendo qualquer possibilidade de complicação de seu estado de saúde⁽¹⁵⁾. Constata-se que, apesar da ampliação da atenção básica e da implantação da Estratégia de Saúde da Família, a demanda pelos serviços de emergência continua aumentando. Pode-se atribuir à diferença entre a maneira de pensar e agir pelos profissionais da saúde, gestores e usuários que buscam atendimento no serviço de emergência sem a compreensão clara sobre quais as necessidades de saúde se constituem em reais situações a serem resolvidas nesses serviços⁽¹⁴⁾.

Em estudo desenvolvido na Holanda⁽¹⁶⁾, sobre a aplicação do STM em uma emergência pediátrica, foram destacados cinco principais fluxogramas selecionados na classificação de risco dos pacientes: dispneia em criança; diarreia e vômitos; pais preocupados; dor abdominal em criança; erupções. Outro estudo⁽¹⁷⁾, também desenvolvido na Holanda, constatou a prevalência dos seguintes fluxogramas: fluxogramas gerais; dispneia em criança; pais preocupados; diarreia e vômitos; problemas urinários. Ao comparar os resultados dos

estudos realizados na Holanda com o presente estudo, evidencia-se que os fluxogramas dispneia em criança, pais preocupados e diarreia e vômitos aparecem nos três estudos descritos. Em consonância com os resultados encontrados, em estudo⁽¹⁵⁾ realizado no Brasil, as principais patologias identificadas nos pacientes que chegavam à emergência pediátrica foram as doenças respiratórias (56,2%); doenças gastrointestinais (16,6%) e as viroses (13,1%). A saber, que essas patologias possuem relação direta com os principais fluxogramas encontrados, há a necessidade de o enfermeiro responsável pela classificação de risco atentar para estes sinais e a gravidade dos mesmos, com o objetivo de estabelecer o atendimento e/ou encaminhamento adequados destes pacientes.

Em relação aos discriminadores, somente um estudo foi encontrado na literatura em que eram descritos os principais discriminadores selecionados na classificação de risco de pacientes pediátricos em um serviço de emergência. Com o objetivo de avaliar a capacidade discriminativa do STM para identificar infecções bacterianas graves em crianças com febre, foi possível detectar os seguintes discriminadores: febre; esforço respiratório aumentado; dor; evento recente; história médica significativa; história respiratória significativa; saturação O₂ baixa; e, saturação O₂ muito baixa⁽¹⁸⁾. Cabe destacar que no referido estudo tais discriminadores foram direcionados aos pacientes que apresentaram febre no momento da classificação de risco, com possível evolução para uma infecção bacteriana grave. Diferentemente deste estudo, na qual foram considerados todos os pacientes classificados na emergência pediátrica.

Quanto aos desfechos dos pacientes, em estudo com o objetivo de verificar as taxas de hospitalização e identificar os pacientes com menor urgência de saúde, verificaram que 37% dos pacientes foram admitidos na observação pediátrica e em 63% dos pacientes foram realizados algum tipo de procedimento⁽¹⁹⁾. Fato também constatado no presente estudo, que evidenciou a necessidade de realização de cuidados na sala de procedimentos pediátrica em metade da população atendida antes da alta para o domicílio. No que se refere à hospitalização dos pacientes pediátricos classificados pelo STM, um estudo desenvolvido na Holanda, com o objetivo de avaliar se os fluxogramas e os discriminadores do STM poderiam ser utilizados como indicadores para identificar o risco de hospitalização em pacientes pediátricos com sinais de febre, encontrou uma taxa de hospitalização de 23%⁽¹⁷⁾. O resultado encontrado no referido estudo representa o dobro da taxa de hospitalização identificada no presente estudo, que foi de 10,4%. Pode-se considerar essa diferença

devido ao motivo de que no estudo da Holanda foram incluídos os pacientes que procuraram o serviço de emergência pediátrica, já apresentando sinais de febre, ao passo que em nosso estudo foram incluídos todos os atendimentos realizados na emergência pediátrica, sem que o paciente apresentasse qualquer sinal ou patologia instalados.

Do total de atendimentos realizados na emergência pediátrica, durante o período do presente estudo, a maioria dos pacientes recebeu alta, após um período de observação nas dependências da emergência pediátrica. Outro estudo⁽¹⁸⁾ obteve resultados semelhantes, o que demonstra a importância da classificação de risco no atendimento específico para pacientes pediátricos, sugerindo-se que o sistema de classificação utilizado seja realizado por profissional com experiência na área.

Quanto às limitações deste estudo, estas dizem respeito à pequena quantidade de pesquisas publicadas sobre a utilização do Sistema de Triagem de Manchester em idade pediátrica, principalmente em nível nacional. A maioria dos estudos encontrados na literatura foi desenvolvida em países europeus, que caracterizam os atendimentos de acordo com a realidade de saúde europeia, que divergem das necessidades e problemas de saúde apresentados pela população nos sistemas de saúde brasileiro. Outro ponto que se configura como uma limitação deste estudo é a utilização de dados secundários para a realização do mesmo, na qual não permite controlar as variáveis estudadas.

O estudo traz contribuições para o avanço do conhecimento científico, pois evidencia as características dos atendimentos realizados na emergência pediátrica, por meio da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester, podendo auxiliar o enfermeiro no planejamento de ações e intervenções baseadas nas necessidades de saúde de pacientes pediátricos, permitindo ao profissional direcionar suas atividades às demandas que buscam assistência à saúde nos serviços de urgência e emergência, somando qualidade e eficiência na atenção voltada à saúde da criança.

Conclusão

Com este estudo foi possível caracterizar os atendimentos realizados por meio da classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester, identificando dados demográficos, principais fluxogramas, discriminadores e desfechos na emergência pediátrica.

O presente estudo apresenta relevância para a enfermagem, considerando-se que o enfermeiro é o profissional de saúde designado para avaliar e classificar o paciente no momento de sua chegada ao serviço de emergência. Quando se trata da avaliação e

classificação de um paciente pediátrico, é fundamental que o enfermeiro apresente domínio e conhecimento necessários sobre o crescimento e desenvolvimento das diferentes fases da vida da criança, da mesma maneira que as especificidades próprias que este grupo etário apresenta.

Sugere-se que o enfermeiro responsável pela classificação de risco possua habilidade técnica, raciocínio clínico, escuta qualificada e conhecimento em pediatria para uma abordagem baseada na singularidade e na integralidade da criança. O ideal seria que o enfermeiro fosse um profissional especializado e atuante na assistência a pacientes em idade pediátrica, pois este trabalho requer medidas de tomada de decisão inerentes ao papel do enfermeiro, que deve agir com responsabilidade. Considerando que o Sistema de Triagem de Manchester não é um protocolo de manuseio simples, ele exige do profissional a atribuição de suas competências e habilidades durante a classificação de risco.

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, percebe-se a necessidade de uma maior investigação da utilização do Sistema de Triagem de Manchester em pacientes pediátricos. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras que permitam avaliar e validar a aplicabilidade deste instrumento de classificação nos serviços de emergência pediátrica do Brasil, com vistas à realização de investigação quanto à sensibilidade e especificidade desse protocolo de classificação de risco no atendimento pediátrico.

Os resultados do estudo evidenciaram aspectos fundamentais no processo de classificação de risco por meio do Sistema de Triagem de Manchester, elucidando os principais fluxogramas e discriminadores selecionados na classificação de risco dos atendimentos realizados na emergência pediátrica. Esse conhecimento poderá trazer contribuição para as práticas de enfermagem, auxiliando o enfermeiro no aprimoramento da classificação por meio desse sistema.

Referencias

1. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 [Acesso 15 dez 2015];49(1):144-51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0144.pdf
2. O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 [Acesso 10 abr 2013];14(5):1881-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/30.pdf>
3. Storm-Versloot MN, Vermeulen H, van Lammeren N, Luitse JSK, Goslings JC. Influence of the Manchester triage system on waiting time, treatment time, length of stay and patient satisfaction; a before and after study. *Emerg Med J*. 2014 [Acesso 15 dez 2015];31:13-8. Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/31/1/13.long>
4. Silva MFN, Oliveira GN, Marconato AMP, Marconato RS, Bargas EB, Araujo IEM. Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 [Acesso 18 mai 2015];22(2):218-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00218.pdf>
5. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 [Acesso 20 nov 2013];19(1):26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/05.pdf>
6. Tacsí YRC, Vendruscolo DMS. Nursing assistance in pediatric emergency services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2004 [Acesso 20 ago 2013];12(3):477-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a05.pdf>
7. Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR. As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013 [Acesso 17 mai 2015];34(1):37-44. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/en_05.pdf
8. Roukema J, Steyerberg EW, Van Meurs AH, Ruige M, Van Der Lei J, Moll HA. Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emerg Med J*. 2006 [Acesso 23 mai 2013];23(12):906-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2564249/>
9. Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, Van Meurs AH, Roukema J, Van Der Lei J, et al. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ*. 2008 [Acesso 20 mai 2013];337:a1501. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a1501>
10. Van Veen M, Moll HA. Reliability and validity of triage systems in pediatric emergency care. *Scand J Trauma Resuscitation Emergency Med*. 2009 [Acesso 11 ago 2014];17:38. Disponível em: <http://www.sjtrem.com/content/17/1/38/>
11. Van Ierland Y, Seiger N, Van Veen M, Van Meurs AHJ, Ruige M, Oostenbrink R et al. Self-referral and serious illness in children with fever. *Pediatrics*. 2012 [Acesso 14 set 2014];129(3):643-51. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e643.long>

12. Coutinho AAP, Cecílio LCO, Mota JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Rev Med Minas Gerais*. 2012 [Acesso 13 mai 2013];22(2):188-98. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>
13. Seiger N, Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, Van Meurs AHJ, Moll HA. Undertriage in the Manchester triage system: an assessment of severity and options for improvement. *Arch Dis Child*. 2011 [Acesso 14 mai 2014];96:653-7. Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/96/7/653.long>
14. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 [Acesso 12 abr 2013];18(12):3663-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a22v18n12.pdf>
15. Lima LMB, Almeida NMGS. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde Debate*. 2013 [Acesso 13 ago 2014];37(93):51-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/07.pdf>
16. Van Veen M, Steyerberg EW, Van't Klooster M, Ruige M, Van Meurs AHJ, Van Der Lei J et al. The Manchester triage system: improvements for paediatric emergency care. *Emerg Med J*. 2012 [Acesso 13 jul 2013];1-6. Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/29/8/654.long>
17. Van Ierland Y, Seiger N, Van Veen M, Moll HA, Oostenbrink R. Alarming signs in the Manchester Triage System: a tool to identify febrile children at risk of hospitalization. *J Pediatr*. 2013 [Acesso 7 nov 2014];162(4):862:6. Disponível em: [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(12\)01136-5/fulltext](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(12)01136-5/fulltext)
18. Nijman RG, Zwinkels RL, Van Veen M, Steyerberg EW, Van Der Lei J, Moll HA et al. Can urgency classification of the Manchester triage system predict serious bacterial infections in febrile children? *Arch Dis Child*. 2011 [Acesso 25 ago 2014];96:715-22. Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/96/8/715.long>
19. Van Veen M, Steyerberg EW, Lettinga L, Ruige M, Van Meurs AH, Van Der Lei J et al. Safety of the Manchester Triage System to identify less urgent patients in paediatric emergency care: a prospective observational study. *Arch Dis Child*. 2011 [Acesso 04 nov 2014];96:513-8. Disponível em: <http://adc.bmj.com/content/96/6/513.long>

Recebido: 22.6.2015

Aceito: 28.3.2016

Correspondência:
Maria Luzia Chollopetz da Cunha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Rua São Manoel, 963
Bairro: Rio Branco
CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: maria.luzia@ufrgs.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.