

# Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência



*Manchester System: time spent on risk classification and priority of care at an emergency medical service*

*Sistema Manchester: tiempo que se gasta en la clasificación de riesgo y la prioridad para atención en una emergencia*

Franciele Anziliero<sup>a</sup>  
 Bárbara Elis Dal Soler<sup>a</sup>  
 Bárbara Amaral da Silva<sup>a</sup>  
 Thaíla Tanccini<sup>b</sup>  
 Mariur Gomes Beghetto<sup>c</sup>

## Como citar este artigo:

Anziliero F, Dal Soler BE, Silva BA, Beghetto MG. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4):e64753. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o tempo que antecede e o tempo empregado na classificação de risco, na prioridade para atendimento e no destino dos pacientes 24 horas após a admissão em uma Emergência.

**Métodos:** Coorte retrospectiva que incluiu adultos classificados pelo Sistema Manchester de Classificação de Risco na maior Emergência do sul do país em 2012. Os dados foram disponibilizados em forma de planilha eletrônica e analisados de acordo com suas características e distribuição.

**Resultados:** Dos 139.556 atendimentos, metade dos pacientes chegou à classificação no tempo preconizado (7; IQR: 2 – 20 minutos), sendo classificados em dois (IQR: 1 – 3) minutos. As classificações de menor prioridade e as altas hospitalares (88,4%) foram mais frequentes que hospitalizações (11,4%) e óbitos (0,2%).

**Conclusão:** O tempo envolvido em atividades que antecedem o primeiro atendimento médico permaneceu dentro do preconizado. A proporção de classificações de menor prioridade e as altas, 24 horas após a classificação, foram elevadas.

**Palavras-chave:** Serviço hospitalar de enfermagem. Triagem. Enfermagem. Gestão em saúde. Emergências.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess the time before and time spent on risk classification, priority of care, and destination of patients within 24 hours after their admission to an emergency medical service.

**Methods:** Retrospective cohort study that included adults classified by the Manchester Triage System at the largest emergency medical service in the south of the country in 2012. The data were made available in the form of an electronic sheet and analyzed according to their characteristics and distribution.

**Results:** Of the 139,556 admissions, half of the patients arrived at classification within the time recommended (7; IQR: 2-20 minutes), and were classified within two (IQR: 1-3) minutes. Lower priority classifications and hospital discharges (88.4%) were more frequent than hospitalizations (11.4%) and deaths (0.2%).

**Conclusion:** The time involved in activities that precede the first medical care remained within the recommendation. The proportion of lower priority classifications and hospital discharges within 24 hours after classification was high.

**Keywords:** Nursing service, hospital. Triage. Nursing. Health management. Emergencies.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el tiempo que precede y lo que se gasta en la clasificación de riesgo, la Clasificación de Riesgo y los resultados en las 24 horas de los pacientes atendidos en una emergencia.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes que incluyó adultos clasificados por el Sistema Manchester de Clasificación de Riesgo ingresados en la más grande Emergencia del sur del país en 2012. Los datos fueron en forma de planillas electrónicas y las variables se analizaron de acuerdo con sus características y distribución.

**Resultados:** De las 139.556 atenciones, la mitad de los pacientes llegaron a la calificación de riesgo en el tiempo recomendado (7; IQR: 2-20 minutos) siendo clasificada en dos (IQR: 1-3) minutos. Las calificaciones de riesgo de prioridad más baja y el alta hospitalaria (88,4%) fueron más frecuentes que las hospitalizaciones (11,4%) y muertes (0,2%).

**Conclusión:** El tiempo dedicado en actividades que preceden a la primera atención médica quedó dentro del recomendada. Las calificaciones de riesgo de prioridad más baja y las altas hospitalarias fueron altas.

**Palabras clave:** Servicio de enfermería en hospital. Tiraje. Enfermería. Gestión en salud. Urgencias médicas.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Escola de Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem, Departamento de Assistência e Orientação Profissional (DAOP). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR) foi desenvolvido por enfermeiros e médicos do Reino Unido como estratégia para estabelecer, dentre a demanda de pacientes que se apresenta nas Emergências, quais os que, embasados em critérios clínicos, deveriam ter prioridade de atendimento<sup>(1-2)</sup>. Serve, portanto, como uma diretriz de ordenamento para o atendimento em Emergências, priorizando aqueles pacientes sob condições clínicas de maior risco<sup>(1-2)</sup>. Mais recentemente implantando em alguns hospitais do Brasil, com vistas a minimizar o efeito da superlotação constante nos Serviços de Emergência (SE), a metodologia do SMCR baseia-se na queixa principal do paciente, que direciona o enfermeiro a um fluxograma de condição clínica. Cada fluxograma contém discriminadores que norteiam a investigação e, conforme as respostas que o usuário vai fornecendo, dá-se a classificação de gravidade ou risco clínico<sup>(1)</sup>.

Esta classificação é descrita por cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento médico. A cor vermelha determina uma condição de emergência, sugerindo atendimento imediato; a laranja discrimina condições de muita urgência, cujo tempo para atendimento deve ser  $\leq 10$  minutos; já a cor amarela sugere urgência, cujo atendimento deve ser em tempo  $\leq 60$  minutos; os classificados na cor verde seriam de pouca urgência e o atendimento poderia ocorrer em até  $\leq 120$  minutos; os de cor azul, por sua vez, são considerados não urgentes e seu atendimento está indicado para ocorrer em tempo  $\leq 240$  minutos<sup>(1-2)</sup>. Em Portugal e no Brasil emprega-se a cor branca aos pacientes que utilizam o SE como porta de entrada para procedimentos eletivos. Para estes não há indicação de tempo para o atendimento<sup>(1)</sup>.

Nas diretrizes do SMCR, além dos tempos para o primeiro atendimento médico, há recomendações de que o paciente tenha sua Classificação de Risco (CR) iniciada em até dez minutos depois da chegada ao serviço. Este tempo equivale ao período no qual o paciente realiza sua identificação, cadastro, abertura de boletim de atendimento, ou algum outro processo equivalente. Também o tempo para que o enfermeiro realize a CR, propriamente dita, é preconizado, não devendo ultrapassar três minutos<sup>(1-2)</sup>. Alguns estudos<sup>(3-5)</sup> já avaliaram o tempo entre a classificação de risco e o primeiro atendimento médico em situações específicas como o Infarto Agudo do Miocárdio, bem como os desfechos dos pacientes estudados. Contudo, não se encontram na literatura estudos cujo foco seja avaliação do tempo entre a chegada do paciente ao serviço e a sua classificação, assim como o tempo empregado na CR, etapa executada pelo enfermeiro.

Embora publicações demonstrem que o SMCR é acurado, de fácil aplicação pelos enfermeiros e permita uniformizar

decisões<sup>(6-8)</sup>, pesquisas sobre seu emprego e sobre os tempos empregados na CR são incipientes no contexto da enfermagem brasileira, no que se refere a organização do trabalho, especialmente quando consideradas as particularidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática assistencial, dada a recente implantação do SMCR, ainda não se conhece os resultados de sua aplicabilidade junto aos fluxos internos das instituições brasileiras. Igualmente, pouco se conhece sobre qual a demanda de tempo para a CR, se há diferença entre as categorias (cores de classificação) e o quanto isso impacta sobre a evolução dos pacientes. Portanto, o presente estudo, derivado de dissertação<sup>(9)</sup>, tem por objetivo avaliar o tempo que antecede e o empregado na classificação de risco, prioridade para atendimento e destino dos pacientes 24 horas após a admissão em um Serviço de Emergência.

## ■ MÉTODOS

Trata-se de uma coorte retrospectiva cuja população foram todos os adultos (idade  $\geq 18$  anos) admitidos na maior Emergência do sul do país. Foram incluídos todos os pacientes classificados pelos enfermeiros, por meio do SMCR, independentemente da forma de acesso à emergência (por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, demanda espontânea, encaminhamento por outro serviço). Foram excluídas as classificações duplicadas, ou seja, quando identificadas mais de uma CR para um mesmo paciente na mesma data, bem como as reclassificações dos pacientes já admitidos. A amostra, respeitando-se os critérios de elegibilidade, foram todos os pacientes do ano calendário de 2012.

Considerando-se que a classificação de risco seguiu integralmente as diretrizes do SMCR, sendo operado por enfermeiros capacitados para essa finalidade, todos os registros gerados durante as classificações realizadas de janeiro a dezembro de 2012 foram avaliados. Após a aprovação do projeto junto ao serviço, solicitou-se uma *query* (relatório), fornecida aos pesquisadores no formato de planilha eletrônica (Excel<sup>®</sup>), que contemplou as seguintes informações: número do prontuário, data de nascimento, sexo, horário de registro (chegada à Emergência), horário de Classificação de Risco, fluxograma do SMCR escolhido, especialidade médica que realizou o atendimento e evolução em 24 horas (alta da Emergência, hospitalização ou óbito). A totalidade destas informações está disponível no prontuário eletrônico do paciente. Os dados foram analisados com auxílio do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 18.0). As variáveis foram analisadas e apresentadas de acordo com suas características e sua distribuição. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição sede quanto aos seus aspectos éticos e metodológicos sob o protocolo número: 14-052.

## RESULTADOS

No período do estudo foram realizadas 153.885 classificações de risco para 139.556 pacientes, com idade média  $44 \pm 18$  anos (mínimo: 18; máximo: 104), sendo 60% deles com idade inferior a 55 anos. Ainda, 59,8% eram do sexo feminino. Após a CR, 62% dos pacientes foram encaminhados para atendimento clínico, 17,8% ao atendimento cirúrgico, 8,5% ao ginecológico, 6,5% ao odontológico, 0,4% ao atendimento de enfermagem, 0,9% para Unidade de Pronto Atendimento e 0,6% para Unidade Básica de Saúde. Os encaminhamentos para outras áreas assistenciais representaram 3,4%.

O tempo mediano entre a chegada dos pacientes (139.556) ao SE e o início da Classificação de Risco foi de sete (IQR: 2 – 20) minutos. Já o tempo empregado na CR foi dois (IQR: 1 – 3) minutos, sendo o tempo total entre a chegada ao SE e a finalização da classificação de 10 (IQR: 4 – 23) minutos. Em torno de 58% dos pacientes chegaram à CR em tempo menor ou igual aos dez minutos preconizados. Ainda que a recomendação do SMCR de realizar a classificação dos pacientes em até três minutos tenha sido cumprida em cerca de 85% dos casos, houve registro de classificação em tempo excessivo (44 minutos) (Tabela 1).

A Tabela 2 detalha o tempo em espera até a CR, o tempo empregado na CR propriamente dita, e o tempo total envolvido desde a chegada do paciente ao Serviço de Emergência até o término da classificação, de acordo

com a categoria de prioridade. A maior parte dos pacientes (69,7%) foi classificado com prioridade verde (pouco urgente) e a de menor frequência (0,5%) foi a de prioridade vermelha (emergência). A metade dos pacientes alocados nas categorias de maior prioridade (vermelho e laranja) aguardaram tempo superior a quatro minutos na etapa que antecede a classificação pelo enfermeiro, ainda assim, mantendo-se dentro do recomendado. Igualmente, o tempo para CR (até três minutos) foi cumprido na metade dos pacientes classificados pelo SMCR. Considerando-se os tempos medianos, entre chegada do paciente à Emergência e a finalização da CR, decorreram mais de sete minutos para a metade dos pacientes, inclusive naquelas categorias onde o atendimento médico deveria ter sido imediato (vermelho), ou em até dez minutos (laranja)

A diferença no tempo mediando total, ou seja, entre a chegada do paciente ao SE e o término da classificação, estratificada por categoria (cor) de classificação, foi testada. Quando comparadas, excluindo-se os resultados *outliers*, as prioridades vermelha e laranja não apresentaram diferenças entre si ( $p > 0,05$ ), assim como as prioridades verde e azul ( $p > 0,05$ ). Entretanto, essas tiveram tempo mediano diferente das demais categorias (Figura 1).

Considerando como “evolução clínica” o destino dos pacientes em 24 horas, evidenciou-se maior proporção de altas hospitalares (88,4%), sendo hospitalização e óbito menos frequentes (11,4% e 0,2%, respectivamente). Maior

**Tabela 1** – Distribuição do total de pacientes (n= 139.556), de acordo com o tempo empregado entre a chegada ao Serviço de Emergência e a Classificação de Risco, tempo empregado na Classificação de Rico e tempo total. Dados expressos em número absoluto e proporção. Porto Alegre/RS, Brasil, 2014

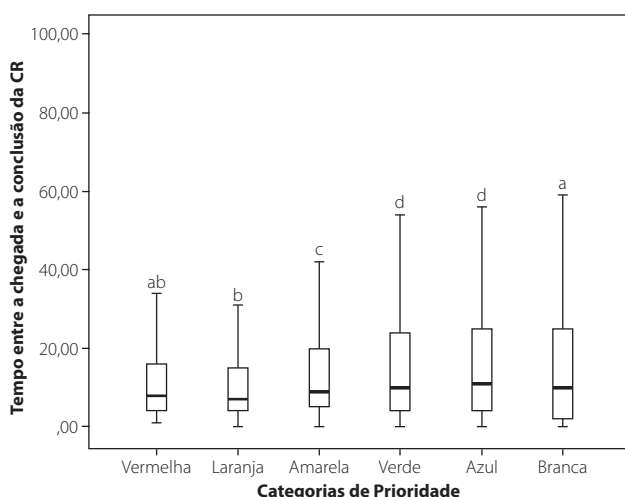
Tempo em minutos	Tempo de espera para a classificação de risco n (%)	Tempo de classificação de risco n (%)	Tempo total da chegada à conclusão da classificação de risco n (%)
<1	19.908 (14,3)	3.160 (2,3)	1.059 (0,8)
1	11.618 (8,3)	35.348 (25,3)	8.088 (5,8)
2	9.120 (6,5)	52.722 (37,9)	9.316 (6,6)
3	7.671 (5,6)	26.848 (19,2)	9.374 (6,7)
4	6.525 (4,7)	11.647 (8,3)	8.718 (6,3)
5 a 10	26.602 (19)	9.570 (6,8)	35.778 (25,6)
11 a 20	23.741 (17)	260 (0,2)	28.364 (20,3)
21 a 30	13.383 (9,5)	—	15.289 (11)
31 a 40	8.048 (5,8)	—	9.066 (6,5)
>40	12.940 (9,3)	1 (0,001)	14.504 (10,4)
<b>Total</b>	<b>139.556 (100)</b>	<b>139.556 (100)</b>	<b>139.556 (100)</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

**Tabela 2** – Tempos, de acordo com a categoria de prioridade para atendimento, decorrido entre a chegada do paciente até a Classificação de Risco, durante a Classificação de Risco e tempo total entre a chegada do paciente e o término da classificação. Categorias de Classificação de Risco (cores) expressas em número absoluto e proporção. Tempos (minutos) expressos em mediana e intervalos interquartis. Porto Alegre/RS, Brasil, 2014

Categorias (n=139.556) n (%)	Tempo de espera para a classificação de risco	Tempo de classificação de risco	Tempo total da chegada à conclusão da classificação
Vermelha 678 (0,5)	5 (2-13)	2 (1-4)	8 (4-16)
Laranja 9.024 (6,5)	4 (1-11)	3 (2-4)	8 (4-15)
Amarela 24.285 (17,4)	6 (2-17)	3 (2-4)	10 (4-15)
Verde 97.263 (69,7)	9 (3-23)	2 (1-3)	11 (5-25)
Azul 4.903 (3,5)	9 (2-23)	2 (1-3)	12 (5-25)
Branca 3.403 (2,4)	9 (2-24)	1 (1-3)	11 (4-26)
<b>Todos 139.556 (100)</b>	<b>7 (2 – 20)</b>	<b>2 (1-3)</b>	<b>10 (4 – 23)</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.



**Figura 1** – Comparação entre os tempos medianos (minutos) da chegada ao Serviço de Emergência até o término da Classificação de Risco, estratificado por categoria de prioridade para atendimento (cores)\*

Fonte: dados da pesquisa, 2014.

\*Letras iguais correspondem a categorias de prioridade de Classificação de Risco (cores) com tempos entre a chegada do paciente ao Serviço de Emergência até o término da Classificação de Risco com medianas iguais. Teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas de DUNN com ajuste de Bonferroni ( $p < 0,05$ ).

proporção de óbitos ocorreu em pacientes com categoria de classificação Vermelho (7,8%) e Laranja (1,6%).

## DISCUSSÃO

No ano do estudo, a maior emergência do sul do Brasil recebeu usuários para atendimento cuja prioridade clínica foi classificada como de pouca urgência. Para a metade dos

pacientes o tempo até chegar à área de classificação de risco foi próximo ao limite recomendado de dez minutos, mas a classificação ocorreu dentro do tempo preconizado pelo SMCR. Houve baixa mortalidade nas 24 horas seguintes à classificação e os óbitos ocorreram, especialmente, naqueles pacientes classificados como muito urgentes.

Os tempos envolvidos na Classificação Risco empregando o SMCR não foram avaliados no contexto brasileiro, o que dificulta comparações. No contexto europeu, um único estudo<sup>(10)</sup> avaliou a influência do SMCR nos tempos entre a chegada ao serviço e o acesso à CR, na classificação e no tempo de permanência após a implantação do sistema. Os autores encontraram tempo mediano entre a chegada do paciente ao serviço e o início da CR (6 minutos; mínimo: zero; máximo: 35) inferior ao do presente estudo.

Os mesmos autores<sup>(10)</sup>, por outro lado, encontraram tempo mediano empregado na CR superior ao identificado por nós (4 minutos; mínimo: 1 – máximo: 16). Para metade dos pacientes do presente estudo, a despeito da categoria de prioridade, o tempo empregado na CR se manteve dentro da recomendação. Cabe destacar que o estudo mencionado<sup>(10)</sup> avaliou dados de 900 classificações de risco, seis meses após a adoção do SMCR, enquanto a instituição sede do presente estudo já utilizava o sistema há dois anos na ocasião da coleta dos dados. Tamanho da amostra e superação da curva de aprendizado podem explicar, parcialmente, as diferenças encontradas no tempo empregado para CR.

No presente estudo, as categorias vermelho e laranja tiveram tempo de espera para CR e tempo empregado na classificação menor que as demais, o que parece reforçar o potencial do SMCR como organizador da demanda. Ainda assim, apesar da prioridade clínica, o somatório do tempo

entre a chegada do paciente e o término da sua classificação consumiu valiosos minutos do tempo previsto pelo SMCR para que os pacientes recebessem o primeiro atendimento médico<sup>(1-2)</sup>. No entanto, assim como em outros SE, os pacientes de maior prioridade são, geralmente, atendidos antes mesmo que seu cadastro seja iniciado. A identificação e emissão do boletim de atendimento, portanto, se dão de forma paralela ao atendimento e a CR ocorre de modo retrospectivo, após a estabilização clínica do paciente.

Nesse sentido, um trabalho<sup>(4)</sup> realizado em Portugal, com objetivo de avaliar o emprego do SMCR para pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, identificou que o tempo entre a CR e o primeiro atendimento médico foi de cinco minutos na categoria vermelha ( $n=1$ ) e  $15,1 \pm 1,5$  minutos na categoria laranja. Os autores reforçam a possibilidade de superestimação no tempo de atendimento, principalmente naqueles pacientes mais graves que, em primeiro lugar, são estabilizados clinicamente e só posteriormente são realizados o cadastro e CR, bem como os registros clínicos.

Quando comparados os tempos entre a chegada ao SE e o término da classificação, as medianas das categorias vermelho e laranja foram semelhantes, assim como as categorias verde e azul. Deste modo, o SMCR já foi descrito como uma “poderosa ferramenta” para distinguir pacientes com elevada prioridade de atendimento dos de baixa prioridade<sup>(11)</sup>, o que pode ter se refletido nos menores tempos para as categorias de maior prioridade e maiores, para as de menor prioridade.

Semelhante aos nossos achados, nos quais 73,2% dos pacientes foram classificados em prioridades de pouca ou nenhuma urgência (verde e azul, respectivamente), um estudo<sup>(12)</sup> realizado no contexto brasileiro e com população semelhante, as autoras encontraram proporção de classificações nas categorias verde e azul muito parecida com nossa (73,7%). Já no contexto da pediatria e no europeu, a classificação de pacientes em categorias menos urgentes variou entre 34,6%<sup>(13)</sup>, 45,3%<sup>(14)</sup> e 52%<sup>(15)</sup>. Neste cenário<sup>(15)</sup>, mesmo agregando-se os pacientes de categoria branca aos de menor prioridade, a proporção manteve-se inferior à dos nossos achados.

Assim, parece que a grande demanda de usuários de menor grau de prioridade de atendimento nas emergências tem relação com diferentes fatores, que vão desde questões da gestão hospitalar<sup>(16)</sup>, à crença de resolutividade que os usuários projetam nas Emergências<sup>(16-17)</sup> e ao sistema de “portas abertas” com atendimento em tempo integral<sup>(16)</sup>. Esses fatores refletem em má utilização do sistema de saúde, criando pressão pelo atendimento a pacientes de baixa gravidade nas emergências, o que implica no fenômeno de superlotação nestes serviços<sup>(16)</sup>.

Com relação às especialidades de atendimento demandadas pelos usuários, concordando com achados internacionais<sup>(11)</sup>, identificamos que mais da metade dos atendi-

mentos foram realizados pela especialidade clínica, também responsável pela maioria dos atendimentos de maior prioridade (vermelha, laranja). Um estudo<sup>(11)</sup> português evidenciou que a especialidade clínica também atendeu e internou de três a quatro vezes mais que a especialidade cirúrgica. Igualmente, a especialidade clínica foi responsável por mais atendimentos a pacientes de maiores prioridades<sup>(11-12)</sup>.

Quando avaliado o destino dos pacientes atendidos, verificou-se que a grande maioria teve alta médica em até 24 horas da admissão na emergência. Semelhante ao estudo<sup>(18)</sup> realizado em um Pronto Socorro de Minas Gerais cujo objetivo foi analisar o valor de predição do SMCR em relação à evolução clínica, 83,5% dos pacientes tiveram alta após o atendimento. Esses achados apontam para o desafio que a atenção básica ainda não conseguiu superar no cenário brasileiro: o atendimento de apresentações de baixo risco clínico de forma resolutiva e ágil<sup>(19)</sup>.

Ainda, hospitalizações ocorrerem em menor proporção (11,4%). Dos atendimentos pediátricos, em um serviço da mesma cidade na qual o presente estudo foi desenvolvido, o percentual de internações (10,4%) foi semelhante. Entretanto, independente do contexto adulto ou pediátrico, essas proporções representam um número bastante expressivo de usuários demandando leitos hospitalares (cerca de 44 pacientes/dia), o que contribui, consideravelmente, para justificar a saturação do limite operacional destes serviços<sup>(16)</sup>. Essa condição não se encerra no cenário brasileiro, quando estudos europeus revelam taxas de admissão hospitalar entre 9,5%<sup>(11)</sup> e 21%<sup>(14)</sup> sem, contudo, demonstrar a estratificação de prioridade na CR.

Em nosso estudo os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas após a chegada foram de menor proporção (0,2%), preservando relação com maiores níveis de prioridade. Percentual semelhante ao encontrado por nós foi relatado em um estudo<sup>(11)</sup>, também retrospectivo, que analisou mais de 300.000 registros de pacientes adultos (>16 anos) atendidos em uma emergência clínica e cirúrgica, no período de 30 meses. Foram considerados os óbitos ocorridos até 48 horas após admissão. Dos 82.000 pacientes classificados nas categorias vermelho e laranja, a mortalidade no período foi de 0,4%. Nas demais categoria, dos mais de 230.000 pacientes classificados, a mortalidade representou 0,002%.

Do mesmo modo, estudos<sup>(3,11-12,14,18,20)</sup> já têm demonstrado relação entre a prioridade atribuída pelo SMCR com os níveis de gravidade<sup>(18,20)</sup>, risco de permanecer internado<sup>(11-12,18,20)</sup>, tempo de internação<sup>(18)</sup> e risco de óbito.<sup>(11-12,18,20)</sup> Um destes estudos<sup>(18)</sup> comprovou que “a média de dias de internação decresce na mesma ordem de complexidade dos pacientes: vermelho, laranja, amarelo, verde”, bem como, a chance de óbito dos classificados como vermelho é 5,9 vezes maior quando comparado às demais prioridades.

## ■ CONCLUSÃO

O tempo de espera até a CR e o empregado na classificação mantiveram-se dentro do preconizado pelo SMCR para todas as categorias. Muitos dos pacientes atendidos apresentaram baixa prioridade, sugerindo que seu atendimento pudesse ser realizado em outros Serviços da Rede de Atenção à Saúde. Maior percentual de pacientes teve alta hospitalar, mesmo assim, elevado número de pessoas, acima da capacidade dos leitos hospitalares, demandou internação em até 24 horas de sua chegada à Emergência.

As limitações presentes no nosso estudo são inerentes a todos os delineamentos retrospectivos, e nos quais os dados derivam de registros já realizados. Se por um lado o resgate de registros do prontuário assegura que todos os pacientes com critérios de elegibilidade tenham sido incluídos, por outro limitam que se interprete com exatidão os dados de tempos de atendimento, uma vez que estão atrelados ao momento do registro e, não ao atendimento, propriamente dito.

Ainda assim, a escassez de pesquisas sobre o SMCR conduzidas no cenário de saúde brasileira, especialmente no sul do país, reforça a importância de trabalhos como este, que fornecem informações sobre a avaliação específica dos tempos envolvidos entre a chegada do paciente ao serviço e da CR, etapas nas quais o enfermeiro tem total responsabilidade. Além disso, a avaliação do destino dos pacientes nas 24 horas após a CR, pode contribuir na organização dos fluxos e gestão da assistência e dos serviços. Dessa forma, servindo como mais um alerta para desarticulação da rede de atenção à saúde, uma vez que grande parte dos pacientes poderiam ter sido atendidos naquela que deveria ser a principal porta de entrada do SUS: a atenção básica.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência. 1. ed. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
2. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency triage: Manchester Triage Group. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2006.
3. Providência R, Gomes PL, Barra S, Silva J, Seca L, Antunes A, et al. Importance of Manchester Triage in acute myocardial infarction: impact on prognosis. *Emerg Med J.* 2011;28(3):212-6.
4. Matias C, Oliveira R, Duarte R, Bico P, Mendonça M, Nuno L, et al. Triagem de Manchester nas síndromes coronárias agudas. *Rev Port Cardiol.* 2008;27(2):205-16.
5. Trigo J, Gago P, Mimoso J, Santos W, Marques N, Gomes V. Tempo de demora intra-hospitalar após a triagem de Manchester nos enfartes agudos do miocárdio com elevação de ST. *Rev Por Cardiol.* 2008;27(10):1251-9.
6. Parenti N, Reggiani MLB, Iannone P, Percudani D, Dowding D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(7):1062-9.
7. Azeredo TRM, Guedes HM, Rebelo de Almeida RA, Chianca TCM, Martins JCA. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs.* 2015;23(2):47-52.
8. 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;49(1):144-51.
9. Tancini T. Sistema Manchester: tempo despendido na classificação de risco, prioridades estabelecidas e desfecho clínico dos pacientes atendidos na maior emergência do sul do Brasil [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
10. Storm-Verslot 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;31(1):13-8.
11. Martins HMG, Cuña LMCD, Freitas P. Is Manchester (MTS) more than a triage system? a study of its association with mortality and admission to a large Portuguese hospital. *Emerg Med J.* 2009;26(3):183-6.
12. Becker JB, Lopes MCBT, Pinto FM, Campanharo CRV, Barbosa DA, Batista REA. Triagem no Serviço de Emergência: associação entre as suas categorias e os desfechos do paciente. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(5):783-9.
13. Amthauer C, Cunha MLC. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2779.
14. Wulp ID, Schrijvers AJP, Stel HF. Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study. *Emerg Med J.* 2009;26(7):506-9.
15. Santos AP, Freitas P, Martins HMG. Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emerg Med J.* 2014;31(2):148-52.
16. Bittencourt JR, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saude Pública.* 2009;25(7):1439-54.
17. Olivati FN, Brandão GAM, Vazquez FL, Paranhos LR, Pereira AC. Perfil da demanda de um pronto-socorro em um município do interior do estado de São Paulo. *RFO UPH.* 2010;15(3):245-50.
18. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Triagem de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm.* 2015 jan-fev;68(1):45-51.
19. Pires MRGM, Göttems LBD, Cupertino TV, Leite LS, Vale LR, Castro MA, et al. A Utilização dos Serviços de Atenção Básica e de Urgência no SUS de Belo Horizonte: problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. *Saúde Soc.* 2013;22(1):211-22.
20. Souza CC, Toledo AD, Tadeu LFR, Chianca TCM. Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and Manchester Protocol. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(1):26-33.

### ■ Autor correspondente:

Franciele Anziliero

E-mail: franziliero@hotmail.com

Recebido: 15.05.2016

Aprovado: 05.01.2017