

# IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NO BRASIL

Ana Paula Gontijo Gonçalves \*

Betânia Eneida de Moraes\*\*

## RESUMO

Estudo descritivo, pesquisa qualitativa com objetivo de aprender sobre a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em serviço de saúde. O protocolo de Manchester tem por objetivo identificar e garantir a prioridade do atendimento do paciente, facilitando o seu diagnóstico e reorganizar os fluxos operacionais dando assim, garantia de acesso universal ao atendimento. O processo de entrada se dá na unidade de saúde ou na emergência. O paciente ao chegar, passa por uma avaliação, conforme a sua necessidade ele é classificado e recebe uma pulseira contendo as cores utilizadas no protocolo Manchester para o seu atendimento. O AACR que significa Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco representa a renovação do atendimento e probabilidade de oferecer melhor humanização, acesso e resposta aceitável ao paciente em estado grave. Percebe-se que a AACR colabora com rapidez e certeza no atendimento aos usuários e para redução do excesso de trabalho dos profissionais da saúde.

**Palavras-chave:** Protocolo; Manchester; Classificação de risco; Política Pública.

## RESUME

Descriptive study of qualitative approach aimed at knowing the implementation of the Home with Evaluation and Risk Rating in Emergency service. The Manchester protocol aims to identify and prioritize patient care by facilitating their diagnosis and reorganize the operational flows thereby, guaranteeing universal access to care. The input process takes place at the clinic or emergency room. The patient upon arrival undergoes an assessment, according to your needs it is classified and receive a wristband containing the colors used Manchester protocol for your service. The Home with Evaluation and Risk Rating AACR means the reorganization of the service and ability to provide best humanization, access and satisfactory response to the user in serious condition. It is noticed that the AACR contributes to better agility and safety services to users and to decrease the health staff work overload.

**Key - words:** Manchester; Protocol; Risk rating; Public policy.

---

\* Aluna de Graduação de Enfermagem – FPM

\*\*Enfermeira, Professora Mestre do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública e da Família – UNIPAM

## 1. INTRODUÇÃO

Ao escolher esse tema espero contribuir para esclarecimento da implantação da classificação de risco no serviço de saúde.

Na rede de saúde pública um dos principais motivos de reclamação nos trabalhos de urgência está relacionado com a duração de espera. Há muitas décadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) vinha procurando um melhor atendimento aos pacientes, com um agradável local para o trabalho dos profissionais, onde pudesse atender um maior número da demanda em menor tempo possível.

O Protocolo de Manchester foi criado na Europa em novembro de 1994, na cidade de Manchester, motivo pelo qual recebeu este nome e teve com função priorizar e classificar a ameaça de vida de cada cidadão que adentrasse no sistema de saúde através da urgência (ZYTKUEWISZ; ROCHELLE; ALFONSO, 2013).

Segundo Santos (2012), no ano de 1994 um coletivo de profissionais da saúde denominado Grupo de Triagem de Manchester foi criado e composto por médicos e enfermeiros de diferentes serviços da urgência da Inglaterra. Eles propuseram normas para ser feita a triagem, na qual foram desenvolvidas metodologias possibilitando assim, auditorias para as mesmas.

As experiências mundiais vêm mostrando que a tática de Classificação de Risco se tornou um poderoso instrumento articulador em uma rede de serviço de urgência. A integração dos serviços em rede utilizado a definição de prioridades como linha guia, determinava um fluxo pactuado pelos serviços. Neste contexto, o protocolo de classificação de risco foi a ferramenta de comunicação, corresponsabilização e regulação das redes de condições agudas, pois permitiu acompanhar, em tempo real, estes fluxos, e ainda, regular o transporte entre os serviços (CORDEIRO JUNIOR, 2008; CORDEIRO JUNIOR; MAFRA, 2008).

Com a crescente demanda de atendimento e internação, o Protocolo de Manchester veio para facilitar esses atendimentos, na tentativa de oferecer um atendimento certo, na hora certa e local certo com redução do prazo de espera, controle da aflição e melhorando o contentamento dos profissionais da saúde e usuários.

O protocolo de Manchester se tornou a forma de classificação mais inclusiva e classifica mais pacientes em níveis de prioridade, não existe mais a alternativa de trabalhar com atenção de urgência sem sistema de triagem ou classificação de risco. Estas ferramentas pretendem assegurar atenção médica conforme o tempo de resposta de acordo com a necessidade do paciente (JUNIOR, et al, 2012).

As primeiras triagens nos atendimentos de urgência eram feitas de formas mais intuitiva que metodológica e não eram, portanto, nem replicáveis entre os profissionais, nem auditáveis. Entre eles estava o protocolo de Manchester, o mais usado nos dias de hoje (CORDEIRO et al 2010, p 25).

Esse processo de priorização de atendimento não era um fato novo, o conceito vinha sendo adotado desde 1950, nos Estados Unidos, em decorrência da grande demanda de pacientes nas portas das emergências. Nessa época, diversas metodologias de triagem foram desenvolvidas modificando a estrutura para um melhor atendimento (ZYTKUEWISZ; ROCHELLE; ALFONSO, 2013).

Desde o início da colocação do Protocolo de Triagem de Manchester (PTM) ficou claro, para os profissionais de saúde, que poderia trazer a melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS. (CORDEIRO et al, 2010, p 75).

Para Travers et al. (2002), o profissional de enfermagem seria o mais capacitado para realizar essa classificação de risco, demonstrando sua resposta fundada na combinação de instruções teórico-prático, pelo maior domínio com sinais e sintomas, e nunca com diagnóstico formado, sendo esta a correta atribuição de prioridade aos doentes. O profissional teria que se tornar excelente na avaliação, o que pressupõe uma rápida tomada de decisão e uma capacidade adequada de delegação de tarefas. Mesmo nos atendimentos de menor urgência, o enfermeiro, na classificação de risco, avaliaria todos os pacientes que procurassem o serviço e o alocaria em uma prioridade clínica, orientando para uma tomada de decisão rápida e reprodutível .

Para Neves e Rollo (2006), o acolhimento seria uma maneira de operar os procedimentos, na condição de atender aos que procuravam os serviços e isto requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização. Estes dois critérios tinham implicação na sistematização do acolhimento, pois pressupunha rapidez e eficácia no atendimento com base numa análise técnica. E neste contexto que se inseria o uso de protocolos acordados nos serviços de saúde, para que o cliente pudesse ser avaliado em função de seu risco/vulnerabilidade. Os serviços

iriam, portanto, priorizar a necessidade de atenção e não o atendimento na ordem de quem chega primeiro.

Segundo estes mesmos autores, desta maneira o enfermeiro exerceria uma análise e uma organização da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e de suas práticas de exclusão, uma vez que todos seriam atendidos, segundo suas prioridades.

## **2. IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER NO BRASIL**

Foi criado no Brasil, desde o ano de 2000, um conjunto de políticas públicas para regularizar e reorganizar a maneira de trabalhar nas unidades de urgência e emergência. Assim sendo, a triagem, que já era realizada mundialmente, ganhou um caráter humanizado se adequando à realidade brasileira (ZYTKUEWISZ; ROCHELLE; ALFONSO, 2013).

O Hospital João XXIII da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) foram os pioneiros na implantação do Protocolo de Manchester no Brasil, em julho de 2008, redefinido a gestão do serviço de urgência (CORDEIRO et al, 2010, p 28).

Outra inovação relacionada ao uso do protocolo foi a informatização como principal ferramenta de operacionalização do atendimento. Assim, todo trabalho na Urgência e Emergência ficou livre do papel, proporcionando um avanço que impactou na gestão e na qualidade do serviço. A intenção era tornar o protocolo a linguagem de todo o sistema de saúde facilitando a estruturação da rede e o encaminhamento do usuário, deixando claro que a meta era que todo atendimento realizado fosse baseado na necessidade real do usuário, e não mais na ordem de chegada. Para isso, a classificação de risco deveria ser dinâmica e responder tanto às precisões dos doentes quanto as do serviço de urgência, através do uso de protocolos que orientassem as decisões dos profissionais de saúde na priorização de atendimento dos usuários, já que toda classificação de risco deveria ser realizada por profissionais de saúde de nível superior, mediante treinamento específico sobre a utilização do protocolo. (Portaria 2048 de 05 de novembro de 2002 / Ministério da Saúde).

Para a instituição que demonstrasse interesse na implantação desta metodologia foi celebrado um acordo que permitiria que a integração dos serviços com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). Este grupo foi formado em novembro de 1994 com a finalidade de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência para um padrão de triagem ou classificação de risco, já que, a prática clínica, a experiência nacional e internacional e o entendimento dos profissionais de saúde mostravam que a metodologia do protocolo de Manchester para a definição de prioridade de urgência era adequado.

Com o consenso deveria ser assinado um protocolo e uma declaração de princípios, onde aceitavam as regras de sua implantação, não existindo qualquer pagamento por adesão. Existia, também, um código de conduta que garantia a confiabilidade e a reprodutibilidade do sistema, com a adesão às regras internacionais de utilização do Protocolo. Todas as instituições eram parceiras do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco e criaram assim um fórum de discussão e de melhoras continuada do sistema e promovia sua auditoria. Este processo destinava-se a dar garantias de que os princípios definidos correspondem a real situação dos doentes e de que está documentada nos registros da classificação de risco (TRAVERS, 2002, p.75).

O modelo de classificação por níveis pode tornar mais adequado o atendimento nas emergências, devido ao aumento do número de usuários, a grande demanda por atendimento com mais rapidez, o espaço físico diminuído, a ausência de privilégio do atendimento, entre outras condições, que faziam da emergência um local com bastante dificuldade de administração do trabalho, dificultando o trabalho dos profissionais de saúde e gerando insatisfação dos pacientes.

Já o acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) é uma inovação utilizada pelo Ministério da Saúde na direção de mudança da política assistencial nos serviços de emergência, associando os valores de humanização e capacitação com qualidade na assistência com o objetivo de enfrentar os desafios do SUS. Ele foi apontado como uma das diretrizes que poderia contribuir para o aperfeiçoamento da assistência em serviços de urgência e emergência, considerando que incorporaria a análise e a revisão cotidiana das práticas de atenção e gestão.

O acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e implementação da

promoção da saúde em rede e esta última estaria além do espaço de gestão local, pois se efetivava no cotidiano das práticas em saúde.

Além de manobrar os processos de trabalho em saúde o acolhimento também era visto como forma de atender a todos que buscavam os serviços de saúde: ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura habilitada de acolher, escutar e pactuar respostas mais corretas aos usuários, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação aos outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir eficácia desses encaminhamentos (SHIROMA , 2011).

O problema do acolhimento pouco efetivo pode atingir com maior impacto pronto- socorros de urgência e emergência. Ciente desses problemas o Ministério da Saúde lançou em 2004, a Cartilha da Política Nacional de Humanização - PNH na qual aponta o acolhimento como sendo uma ferramenta para classificação de risco e como dispositivo de mudança no trabalho de atenção e construção de saúde, em especial o serviço de urgência, como tentativa de ordenar e humanizar o atendimento (RONCATO, Patricia A. Z. Ballardín et al.2012).

O resultado esperado com implantação do AACR nas emergências era a diminuição dos riscos de morte evitáveis, eliminação da triagem feitas com funcionários não capacitados, priorização de acordo com as regras clínicas, obrigatoriedade de encaminhamento com responsável do usuário a outro serviço, quando houvesse necessidade, redução em tempo de espera, detecção de caso que se agravariam se o atendimento fosse omitido, aperfeiçoamento da assistência na emergência, redução na ansiedade e aumento da satisfação dos profissionais e usuários.

Para Ulbrich et al. (2010, p.287),

[...] a inadequação dos serviços, a demora no atendimento, o encaminhamento incorreto, entre outros, são situações que deverão ser alteradas com a contribuição das diretrizes do acolhimento, que priorizam o atendimento com qualidade e participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Mas a adoção de atendimento de protocolo de triagem resolveria o problema? Talvez não, ele deveria ser um poderoso instrumento para iniciar um método de gestão com estrutura naturalmente desorganizada, como os hospitais de urgência, isto era apontado na literatura mundial. Não existia possibilidade de trabalhar com atenção de urgência sem um sistema de triagem ou classificação de risco.

Para que houvesse clareza, legitimidade e uniformidade foi criado um Manual de Auditoria do Sistema de Classificação de Risco que tinha por objetivos sistematizar as orientações para a auditoria interna e externa; uniformizar a metodologia das auditorias; orientar a execução e identificar as funcionalidades exigidas no campo da informatização das mesmas.

### **3. MÉTODOS**

O presente trabalho é um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico, busca ou amostragem na literatura e pesquisa baseado na experiência vivenciada pelos autores por ocasião da realização de uma revisão integrativa. Evidenciando as conquistas alcançadas com estudo ao decorrer desses anos de implantação do Protocolo de Manchester. Apontando a relação de algumas teorias.

### **4. AS CORES QUE PRIORIZAM A VIDA**

No protocolo de Manchester, para cada prioridade foram atribuídos um número, uma cor e um nome, sendo cada uma delas definida em consoante o tempo-resposta ideal até a primeira avaliação médica.

Em seu funcionamento, um enfermeiro/a realizaria um questionário, na forma de pergunta e resposta, sobre o estado físico, nível de dor e consciência, sendo classificado de acordo com o Protocolo de Manchester. A partir da identificação da queixa principal do usuário pelo o enfermeiro, far-se-ia um fluxograma específico orientado por discriminadores e apresentando prioridade clínica, classificando e encaminhando o paciente para uma das cinco áreas de atendimento:

Área vermelha, ou seja, emergência, na qual o paciente receberia atendimento imediato. Os pacientes que chegassem de ambulância ou trazidos por familiares em estado grave, entrariam direto para a área vermelha e os familiares que fariam o registro, no setor de identificação. Área laranja, ou seja, muito urgente, o paciente deveria ser atendido no mais curto prazo possível (10 minutos). Área amarela, ou seja, urgente, o paciente receberia atendimento em até 60 minutos. Área verde, ou seja, pouco urgente, sem risco de morte, poderia ser atendido em ambulatório ou em uma Unidade Básica, paciente poderia ser atendido no prazo de 120 minutos. Área azul, ou seja, situação não urgente poderia atingir o tempo 240

minutos ou ser atendido em Unidade Básica de Saúde (ZYTKUEWISZ, ROCHELLE ALFONSO, 2013).

“O conceito de paciente “não urgente” ou “ pouco urgente”, que não deveria recorrer aos serviços de urgência, foi modificado pelo conceito de fornecimento de cuidados aos pacientes de acordo com a necessidade clínica. Isso porque não se poderia negar que o serviço de urgência é frequentemente utilizado como principal porta de entrada para os cuidados de saúde. Assim sendo, os profissionais de saúde tinham que ter a disposição uma metodologia que lhes possibilitassem decidir, segura e eficazmente, onde os doentes poderiam ser tratados com competência e acolhimento certo.

Em Portugal, foi introduzida a cor branca para todos os pacientes com eventos ou situação/queixa não compatíveis com o serviço de urgência como, por exemplo, pacientes admitidos para procedimentos eletivos ou programados, registro de óbito, retornos, atestados, etc. Nesse caso deveria registrar a cor branca e o motivo de tal classificação (CORDEIRO et al,2010, p 26).

Os sistemas de classificação de risco foram criados para dar prioridade aos pacientes mais graves, dividindo-os segundo categoria de tempo segura para esperar pelo atendimento. Embora o conceito de classificação de risco fosse antigo, provavelmente surgiu no século XVIII no meio militar, ele também se identificou com o de gestão de risco clínico: localizar o erro avaliá-lo no contexto do funcionamento da organização e apresentar uma solução (CORDEIRO et al 2010, p81).

Uma instituição de saúde, ao ser surpreendido por números elevados de vítimas ou doentes, deveria levar em conta que não possui recursos suficientes para atender a todos ao mesmo tempo, sendo assim, o sistema de classificação de risco ajudaria a identificar os doentes que deveriam ser atendidos em primeiro lugar e os demais poderiam esperar em segurança. Em um contexto de poucos recursos humanos e de um fluxo de paciente aleatório era imprevisível conhecer a real necessidade de atendimento, seria necessário então, uma classificação de risco que mostrasse como resposta adequada à gestão do risco, desde a entrada do serviço de urgências até sua permanência nos serviços de saúde. Desta forma o protocolo determinaria não o diagnóstico ou necessidade de internação, mais a prioridade do paciente em relação ao atendimento médico.

Existem outros métodos de classificação de risco com cinco níveis, então foi também pesquisado na Holanda, no ano de 2007, sobre qual método poderia ser o

mais adequado. A evidência mostrou que pelo menos em um cenário como o estudado (envolvimento de vários serviços de urgência na Holanda), o modelo de Manchester mostrou-se o mais adequado (VERSLOOT, 2007, p.75).

O Sistema de Triagem de Manchester foi além da priorização. Foi criada uma ferramenta de gestão de risco clínico robusta e passível de auditoria, que identificou a prioridade clínica dos pacientes. A classificação de risco por si só, foi útil na identificação de doentes de maior risco e constituiu a base de toda organização do serviço de urgência.

O GPT, em Portugal, reconheceu que a cultura e a atribuição de funções aos profissionais de saúde eram muito diferentes da existente no Reino Unido, que desenvolveu o conceito de protocolo de encaminhamento. A existência desse protocolo era obrigatória para todos os serviços que aderiram à metodologia da classificação de risco de Manchester e alvo de auditoria pelo GPT. No Brasil, adotamos um método parecido com de Portugal utilizando fluxo para o encaminhamento do paciente (CORDEIRO et al ,2010, p,69).

Ainda que sejam diferentes as metodologias, o objetivo final era o mesmo: proporcionar aos pacientes que procuravam os serviços de urgência os cuidados no tempo certo pelo profissional mais capacitado, no local adequado a situação clínica, criando condições de segurança para a sua avaliação e tratamento.

Foram feitas reuniões de âmbito nacional no Reino Unido entre os representantes da enfermagem e dos médicos dos serviços de urgência para a discussão e apresentação do produto deste trabalho, uma escala nacional de triagem, conforme mostrado a baixo:



Fonte: ([www.portaldaemfermagem.com.br](http://www.portaldaemfermagem.com.br))

Como se percebe, o tempo máximo de espera de acordo com os critérios do Protocolo de Manchester não pode ultrapassar 240 minutos. Havendo condição em que os atendimentos relativos a cada cor poderão acontecer antes do tempo pré-determinado. Tempo máximo do atendimento sem comprometer a saúde do paciente. Como estratégia para reduzir a superlotação nas portas dos prontos-socorros e hospitais. Separando os casos verdadeiramente urgentes dos não urgentes garantindo atendimento prioritário nos casos mais graves.

A implantação deste protocolo vai corrigir várias distorções existentes hoje nos centros de saúde relacionadas ao atendimento, diferenciando problemas ligados à quantidade de pessoas no local aguardando atendimento, apontando entre elas a vantagens do sistema mais segurança para o usuário e para o profissional e linguagem única na rede. O protocolo de Manchester é rápido, objetivo e reproduzível, tem alta precisão e não trabalha com diagnóstico, mas com sintomas dentro de um padrão internacional.

A implantação da triagem também é vantajosa para o paciente, pois submetido a esta metodologia de classificação de risco está certamente assegurado que não correrá risco de vida, além de que o tempo de atendimento será determinante para uma melhor recuperação e intervenções mais assertivas para o motivo da procura do serviço.

Outro benefício deste protocolo, é a garantia de oferecer um serviço homogêneo, ou seja, independente do horário, do dia da semana ou do profissional que estará de plantão, a instituição de saúde terá a mesma padronização no atendimento. Um benefício que vai desde a organização do fluxo do centro de saúde, com definições de áreas de atendimento, até a redução do risco clínico dos pacientes.

Desta forma espera-se proporcionar uma melhoria na qualidade deste serviço tendo em vista as diretrizes do Humaniza SUS, o que é fundamental para a saúde de todos os cidadãos.

## **5. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PROTOCOLO DE MANCHESTER**

O enfermeiro é o responsável pelo desenvolvimento do processo de triagem orientado pelo protocolo de Manchester por ser um profissional com formação generalista que apresenta os conhecimentos técnicos e científicos imprescindíveis para o processo de estratificação dos pacientes. Esse processo organiza a assistência garantindo que os pacientes sejam atendidos de acordo com a gravidade, reduz o tempo de espera e possibilita o atendimento humanizado e holístico.

As principais funções do enfermeiro são: avaliar e classificar as necessidades reais dos pacientes e encaminhar quando preciso os casos mais graves, reduzir o tempo de espera, aperfeiçoar os recursos, ajudar a sua equipe nos procedimentos do serviço de emergência, seguindo sempre as diretrizes como documentar a avaliação, priorizar pacientes utilizando protocolos apropriados, transportar os pacientes para área de tratamento sempre que houver necessidade, fornecer sempre informações ao médico e à equipe atuante na enfermagem, informar o paciente e a família sobre a demora no atendimento, realizar a reavaliação do paciente sempre que necessário, instituindo a família e o paciente para comunicá-lo sobre qualquer mudança e alteração de seu estado de saúde (PIRES, 2003).

É preciso uma preparação do enfermeiro para classificar e se necessário reclassificar o paciente, dependendo do tempo de espera. É um planejamento contínuo de assistência, orientando e coletando as informações necessárias para garantir a classificação de risco corretamente.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método proposto pelo Ministério da Saúde em implantar o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, contribuiu para aperfeiçoar a organização do serviço e a qualidade da assistência, ao mudar a lógica do atendimento de “ordem de chegada” para a de prioridade clínica, a qual propiciava a agilidade de acordo com as necessidades dos usuários, resultando em redução de riscos possibilitando um atendimento ao usuário com mais rapidez e humanização, tendo em vista, a superação dos problemas identificados no modelo tradicional de organização do atendimento por ordem de chegada.

Visto que na classificação de risco era uma parte fundamental da gestão do risco clínico em todos os serviços, quando a demanda por assistência ultrapassa os recursos disponíveis. Já pelo protocolo de Manchester a classificação de risco nos serviços de urgência para definição de uma prioridade clínica era uma metodologia que poderia ser ensinada e auditada. Sendo que o documento não seria feito para julgar se os pacientes deveriam estar num serviço de urgência, mas sim para assegurar que precisariam de cuidados de urgência e emergência e que os receberiam de forma adequada e rápida. Poderiam, também, ser utilizado para monitorar cuidados e para identificar prioridades clínicas o que seria determinado por prestações locais e disponibilidade real.

A introdução de um novo método de tomada de decisão na classificação de risco causaria alguns problemas para muitos profissionais de saúde mais experientes. Seria difícil desaprender métodos individuais de tomada de decisão que foram desenvolvidas ao longo de muitos anos de prática. Esta mudança, entretanto, deveria ser vista como um aperfeiçoamento posterior de seu sistema atual, proporcionando, pela primeira vez, uma lógica clara para sua tomada de decisão, contando, ainda, com a vantagem de que seria um sistema passível de auditoria.

A organização da atenção as Urgências e Emergências tinham se tornado um desafio para os gestores públicos de saúde, no qual poderiam observar, no contexto mundial, um aumento constante na demanda por serviços, com conseqüente pressão sobre os profissionais que atuassem diretamente na porta de entrada.

A urgência poderia ser considerada a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de saúde. Apesar do avanço do SUS ainda existe grande lacuna nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública.

Desta forma o enfermeiro tem o mais importante papel pra ser feito a realização da classificação do paciente, pois é ele que acolhe e tem o primeiro contato na sala de triagem. Precisa estar capacitado para esse trabalho, priorizar o atendimento, orientar e coletar dados necessários para que a classificação seja satisfatória.

Aplicando o protocolo, melhora todos os resultados nos sistemas de urgência e emergência, amenizando o sofrimento dos pacientes. Atendimento agilizado, priorizando sempre o grau de gravidade e não mais a ordem de chegada. A atuação do enfermeiro faz tudo acontecer, pelas suas habilidades e conhecimentos executa com precisão a classificação de riscos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CORDEIRO JUNIOR, W. **A gestão de risco na urgência**. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

CORDEIRO JUNIOR, W.; MAFRA, A. DE A. **A rede de atenção a urgência e em emergência e o protocolo de classificação de risco de Manchester**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

CORDEIRO JUNIOR, W; MAFRA, A. DE A. **Sistema Manchester de Classificação de Risco, Classificação de Risco na Urgência e Emergência**, 1ª Edição Brasileira. Setembro 2010.

JUNIOR, Domingos Pinto et al. **Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no. 6 Ribeirão Preto Nov./Dec.2012.

NEVES, Claudia Abbês Baeta; ROLLO, Adail. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Série B. Textos Básicos em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério

da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

PIRES, Denise, and M.T.Leopardi. **A estrutura objetiva do trabalho em saúde**. In: Leopard MT et al. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis, ed. Papa-livros, 1999.

POTAL DA ENFERMAGEM. **Triagem de Manchester: padronização no pronto atendimento**. 2011.1 imagem. Disponível em: <http://www.portaldaenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester>. >Acesso 06 maio, 2015.

RONCATO, Patricia A. Z. Ballardin; ROXO, Cristiano de Oliveira; BENITES, Daiane Freire. **Acolhimento com classificação de risco na estratégia de saúde da família**. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, outubro-dezembro, 2012.

SANTOS, Marcio Neres dos etall. **Acolhimento com classificação de risco em emergência: aplicação do Protocolo de Manchester**. In: MARTINI, Jussara Gue, Org. Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SHIROMA, Licia M. Brito; PIRES, Denise E.Pires. **Classificação de Risco em Emergência - Um desafio para as/os enfermeiras/os**. Enfermagem em foco, 2011.

ZYTKUEWISZ, Rochelle Alfonso. **As cores que priorizam a vida: protocolo de Manchester**. Porto Alegre 2013.

PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)** [Tese]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003, p. 206.