

Tatiane Félix Barbosa de Queiroz¹ 0000-0001-6033-3323
Priscilla Alfradique de Souza² 0000-0002-4625-7552
Natália Chantal Magalhães da Silva³ 0000-0003-1883-4313
Rosane Barreto Cardoso⁴ 0000-0001-8052-8697
Rodrigo Jensen⁵ 0000-0001-6191-2001

^{1,2,3} Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE: Tatiane Félix Barbosa de Queiroz

E-mail: tatianefbqueiroz@hotmail.com

Recebido em: 22/01/2025

Aceito em: 17/04/2025

Como citar este artigo: Queiroz TFB, Souza PA, Silva NCM, Cardoso RB, Jensen R. Sistema prioridade de Manchester para identificação pelo enfermeiro dos desfechos clínicos nos atendimentos de emergência hospitalar. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2025 [acesso em dia mês ano];17:e13749. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13749>.

SISTEMA PRIORIDADE DE MANCHESTER PARA IDENTIFICAÇÃO PELO ENFERMEIRO DOS DESFECHOS CLÍNICOS NOS ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

MANCHESTER PRIORITY SYSTEM FOR NURSES TO IDENTIFY CLINICAL OUTCOMES IN HOSPITAL EMERGENCY CARE

SISTEMA DE PRIORIDADES DE MANCHESTER PARA QUE LAS ENFERMERAS IDENTIFIQUEN LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

RESUMO

Objetivo: conhecer o perfil e a prevalência dos desfechos clínicos de pacientes atendidos em serviço de emergência hospitalar, com base na prioridade de Manchester. **Método:** estudo transversal, realizado em hospital privado de Goiânia-Goiás, com base na análise de 900 prontuários de pacientes atendidos entre 2019 e 2021. Foram incluídos prontuários com

informações completas sobre idade, sexo, data e turno de atendimento, tempo de permanência, sinais e sintomas, classificação de risco e desfechos clínicos. Os dados foram coletados eletronicamente e analisados de forma descritiva. **Resultados:** foi prevalente a faixa etária 56 a 75 anos (31,2%), sexo masculino (59,8%), período diurno (67,9%), prioridade pouco urgente/verde (38,9%) e alta hospitalar (77,9%). O menor tempo médio de permanência foi dos classificados com prioridade emergência (1h23) e o maior para casos urgentes (7h28). **Conclusão:** os resultados apontam necessidade de melhorias na gestão do fluxo de pacientes e maior acurácia na aplicação da classificação de risco.

DESCRIPTORES: Emergências; Enfermagem em emergência; Serviço hospitalar de emergência; Adulto; Medição de risco.

ABSTRACT

Objective: to understand the profile and prevalence of clinical outcomes of patients treated at hospital emergency services, based on the Manchester priority. **Method:** cross-sectional study, carried out in a private hospital in Goiânia-Goiás, based on the analysis of 900 medical records of patients treated between 2019 and 2021. Medical records with complete information on age, sex, date and shift of care, length of stay, signs and symptoms, risk classification and clinical outcomes were included. Data were collected electronically and analyzed descriptively. **Results:** the age group 56 to 75 years (31.2%), male (59.8%), daytime (67.9%), low-urgent/green priority (38.9%) and hospital discharge (77.9%) were prevalent. The shortest average length of stay was for those classified as emergency priority (1h23) and the longest for urgent cases (7h28). **Conclusion:** the results indicate the need for improvements in patient flow management and greater accuracy in the application of risk classification.

Descriptors: Emergencies; Emergency nursing; Hospital emergency service; Adult; Risk assessment.

RESUMEN

Objetivo: conocer el perfil y la prevalencia de los resultados clínicos de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios, según la prioridad de Manchester.

Método: estudio transversal, realizado en un hospital privado de Goiânia-Goiás, basado en el análisis de 900 historias clínicas de pacientes atendidos entre 2019 y 2021. Historias clínicas con información completa sobre edad, sexo, fecha y turno de atención, duración de la estancia, signos y síntomas, clasificación de riesgo y resultados clínicos. Los datos se recopilaron electrónicamente y se analizaron descriptivamente. **Resultados:** predominaron el grupo etario de 56 a 75 años (31,2%), género masculino (59,8%), horario diurno (67,9%), prioridad baja-urgente/verde (38,9%) y egreso hospitalario (77,9%). La estancia media más corta fue para los clasificados como prioridad de emergencia (1h23) y la más larga para los casos urgentes (7h28). **Conclusión:** los resultados indican la necesidad de mejoras en la gestión del flujo de pacientes y una mayor precisión en la aplicación de la clasificación de riesgo.

DESCRIPTORES: Emergencias; Enfermería de emergencia; Servicio hospitalario de urgencias; Adulto; Medición de riesgos.

INTRODUÇÃO

Serviços de emergências hospitalares são ambientes caracterizados pela imprevisibilidade e urgência, recebem diariamente pacientes em condições críticas e com quadros clínicos agudos que exigem rápido atendimento. Esses setores operam com alta rotatividade, intensa carga de trabalho e uma demanda crescente por cuidados complexos, frequentemente exacerbados pela falta de registros clínicos precisos e pela necessidade de realizar procedimentos sob pressão, com ordens verbais frequentes. Nesse contexto, a acurácia e agilidade no atendimento são cruciais para evitar desfechos adversos e otimizar o cuidado prestado pelos profissionais de saúde.¹⁻³

Para gerenciar esse fluxo dinâmico e identificar rapidamente pacientes em risco de deterioração clínica, enfermeiros utilizam a classificação de risco (CR), fundamentada em protocolo específico. Entre os sistemas de classificação, destaca-se o Sistema de Triagem de Manchester (STM), amplamente utilizado em emergências hospitalares por permitir a categorização dos pacientes com base em 55 fluxogramas que orientam a definição de cinco

níveis de prioridade clínica. Essa abordagem facilita a rápida identificação de casos mais graves, permitindo um direcionamento mais adequado dos recursos hospitalares.⁴⁻⁶

O STM pode aprimorar o processo de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento da primeira etapa (avaliação de enfermagem) ao integrar escuta qualificada, anamnese e exame físico na admissão dos pacientes. Além de permitir uma avaliação mais completa, o sistema colabora na identificação precoce de pacientes com maior risco de complicações ou morte, contribuindo para que as instituições de saúde monitorem e melhorem continuamente a qualidade da assistência. É possível alinhar a prática clínica às teorias de enfermagem e desenvolver indicadores institucionais que assegurem a segurança e efetividade dos cuidados prestados.⁷⁻⁸

Os enfermeiros que realizam a aplicação da CR enfrentam o desafio de articular atividades assistenciais e gerenciais em um ambiente de alta pressão. Espera-se que tenham uma prática pautada no raciocínio clínico e na tomada de decisão, proporcionando um atendimento que responda às demandas urgentes com segurança e qualidade. A CR, ao priorizar a gravidade dos casos, otimiza a organização do trabalho, fomenta a comunicação entre equipes e facilita o fluxo de pacientes, favorecendo desfechos mais favoráveis e maior efetividade nos encaminhamentos para internações.⁸⁻⁹

Entre os fatores positivos da CR, destacam-se priorizar gravidade, sustentar a assistência, organizar o trabalho gerencial em enfermagem, fomentar comunicação e conduzir a assistência, que apontam desfechos com elevados fluxos de saída e encaminhamentos para internação. Há necessidade de empenho do enfermeiro na CR e no registro, minimizando o tempo em atividades dissonantes à finalidade do trabalho de emergência, e consecutivamente trazendo menos sobrecarga aos enfermeiros.⁸

Esse estudo objetivou conhecer o perfil e a prevalência dos desfechos clínicos dos pacientes atendidos em uma unidade de emergência hospitalar, a partir da CR de Manchester.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado em uma unidade de emergência de um hospital privado de Goiânia-GO. Foram utilizados dados secundários de prontuários de pacientes atendidos entre os anos de 2019 a 2021.

A amostra foi selecionada por amostragem aleatória: 300 prontuários por ano, totalizando 900 prontuários. Foram incluídos os registros que continham informações completas sobre idade, sexo, data e turno de atendimento, tempo de permanência, sinais e sintomas registrados na consulta de enfermagem, prioridade segundo o STM e os desfechos clínicos como alta, internamento interno, internamento externo e óbito. É compreendido por internamento interno a transferência de pacientes para setores internos do hospital, como enfermaria, centro cirúrgico, hemodinâmica e unidade de terapia intensiva, enquanto internamento externo consiste na transferência do paciente para setores de outro hospital.

A coleta de dados foi realizada através de formulário eletrônico Google, composto por questões objetivas com opções de respostas fechadas e abertas elaborado pelos pesquisadores, a fim de contemplar as variáveis. As informações foram extraídas de prontuário eletrônico mediante acesso *in loco*. Os dados foram inseridos em planilhas do software Microsoft Excel, e posteriormente organizados em tabelas e quadro para análise descritiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO) como instituição coordenadora (parecer 5.325.444), e pela Universidade Federal de Goiás (UFG) como instituição coparticipante (parecer 5.488.660), garantindo a segurança das informações conforme dispõe as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016.

RESULTADOS

Foi prevalente nos atendimentos a faixa etária de 56 a 75 anos (31,2%), e o sexo masculino (59,8%), atendidas no período diurno (67,9%), que compreende de 7 horas às 19

horas, atendimentos avaliados como pouco urgente/verde (38,9%) e alta hospitalar (77,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos atendimentos de uma unidade de emergência hospitalar entre 2019 e 2021 (n=900). Goiânia, GO, Brasil, 2022

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
15 a 18	11	1,22
19 a 35	164	18,2
36 a 55	270	30,0
56 a 75	281	31,22
76 a 95	168	18,7
96 a 101	6	0,7
Sexo		
Masculino	538	59,8
Feminino	362	40,2
Turno de atendimento		
Diurno	611	67,9
Noturno	289	32,1
Prioridade do STM*		
Emergência	1	0,1
Muito urgente	10	1,1
Urgente	174	19,3
Pouco Urgente	350	38,9
Não urgente	37	4,1
Sem classificação	328	36,5
Desfecho		
Alta	701	77,9
Óbito	1	0,1
Internamento interno	185	20,6
Internamento externo	13	1,5

* Sistema Triagem de Manchester

Quanto à caracterização do tempo médio de atendimento, que corresponde desde a abertura do atendimento na recepção da unidade de emergência (UE) até o registro do desfecho clínico no sistema, dos desfechos em relação ao nível de prioridade do STM, a classificação emergência/vermelho apresentou o menor tempo de duração (1h23), com retrato do “óbito” como desfecho. A prioridade muito urgente/laranja sobressaiu com

internamento externo (4h33). Indivíduos classificados em urgente/amarelo com evolução para internamento externo permaneceram por mais tempo na UE (7h28) (Tabela 2).

Tabela 2 - Tempo médio de permanência relacionado ao desfecho e nível de prioridade do sistema de triagem de Manchester (n=900). Goiânia, GO, Brasil, 2022

Desfecho	Nível de Prioridade/Cor						Média
	Emergência (vermelho)	Muito urgente (laranja)	Urgente (Amarelo)	Pouco urgente (Verde)	Não urgente (Azul)	Sem Classificação	
Alta	-	2,38	3,24	-	3,11	3,03	3,34
Óbito	1,23	-	-	-	-	-	1,23
Intern.* interno	-	3,3	3,27	3,25	7,14	3,18	4,02
Intern.* externo	-	4,33	7,28	6,35	-	5,09	6,16
Média	1,23	3,33	4,59	5,20	5,12	4,16	-

* Intern.: internamento

Na CR pouco urgente/verde foi predominante o desfecho internamento externo (6h35). Na prioridade urgente/azul o maior tempo foi distribuído para pacientes que evoluíram para internamento interno (7h14). Quanto aos desfechos dos prontuários sem classificação destaca-se internamento externo (5h09).

Em relação as prioridades mencionadas, pouco urgente apresentou a maior média de permanência (5h20). Quanto aos desfechos, sobressaiu internamento externo (6h16).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo corroboram achados de pesquisas realizadas em emergências hospitalares das macrorregiões Sul e Nordeste, onde predominam atendimentos a pacientes idosos, especialmente entre 60 e 79 anos. A maior demanda de atendimento por essa faixa etária pode ser atribuída à agudização de doenças crônicas preexistentes. Em contrapartida, emergências situadas na região Sudeste do Brasil registram maior prevalência de atendimentos a indivíduos mais jovens (entre 18 e 39 anos), devido principalmente a acidentes traumáticos.¹⁰⁻¹¹

O predomínio de pacientes do sexo masculino neste estudo também reflete os resultados de pesquisas realizadas em estados como Rio Grande do Sul (63,33%), Alagoas (55,5%) e Curitiba (52,9%). Essa tendência pode estar relacionada a fatores culturais e comportamentais, como a menor busca por serviços de saúde preventivos entre os homens,

o que os torna mais propensos a buscar atendimento em estágios mais avançados de suas condições clínicas. Esse comportamento aumenta a incidência de letalidade em pacientes masculinos em situações de emergência.^{9,14}

Em relação ao turno de atendimento, este estudo confirma a predominância de atendimentos no período diurno, similar a outros estudos que apontam frequências entre 56,6% e 75,1% no Sul do Brasil. A maior concentração de atendimentos nesse período pode ser explicada pela disponibilidade de exames complementares e consultas especializadas, que facilitam a resolução dos problemas de saúde em um único local.¹⁵

No que se refere ao STM, a maior parte dos pacientes foi classificada como pouco urgente/verde, refletindo resultados semelhantes a encontrados em outros serviços de emergência da macrorregião Sul, na qual essa classificação representa entre 62,2% e 70,2% dos atendimentos. A elevada ocorrência de casos de baixa urgência pode estar associada à falta de informações sobre o fluxo das redes assistenciais, à conveniência de utilizar serviços de emergência próximos, e à recente implementação de acolhimento de casos agudos em outros pontos de atenção. Além disso, alguns atendimentos de baixa urgência podem resultar de supertriagem, indicando a necessidade de uma avaliação mais precisa da aplicação do STM.^{14,16-20.}

A ocorrência de atendimentos de baixa urgência pode estar relacionada a diferentes motivos, como a incipiente difusão de informações a respeito destas do fluxograma das redes assistenciais; a comodidade do usuário em ser atendido de forma imediata, por se tratar de serviço mais próximo da sua casa, trabalho ou escola; a característica do atendimento à demanda emergencial; a recente implementação do acolhimento de casos agudos nos demais pontos de atenção e a necessária capacitação de profissionais.²¹

Entre os motivos apresentados na literatura que justificam a elevada ocorrência de atendimentos sem prioridade clínica estão a inoperabilidade temporária do *software*; encaminhamentos imediatos de pacientes para estabilização, justificando os baixos registros da prioridade clínica vermelho²¹ e similaridade com a classificação cor branca, prioridade

implantada em determinadas UE do Brasil para classificar pacientes que buscam atendimento para realização de procedimentos (troca de curativo, retirada de pontos e administração de medicamentos), exames e retornos de consulta.^{6,16}

Os resultados expostos ressaltam a necessidade de fortalecimento do raciocínio clínico do enfermeiro quanto ao estabelecimento da prioridade clínica. Para essa ação recomenda-se que haja um enfermeiro exclusivo para a realização da consulta de enfermagem e CR, visando perpassar as barreiras do processo de acolhimento com avaliação do risco^{6,4} e direcionar atendimento aos casos prioritários, uma vez que o ambiente é traduzido em condições com elevado risco para óbito.^{14,16,21}

A alta prevalência de desfechos como alta hospitalar, registrada tanto no Rio Grande do Sul^{10,15,19} quanto neste estudo, reflete a resolutividade dos atendimentos e a predominância de casos de baixa gravidade.

Em relação ao tempo médio de permanência, os pacientes classificados como urgentes ou muito urgentes apresentaram um tempo de atendimento superior a quatro horas. Esse tempo prolongado pode ser justificado pela necessidade de exames complementares, pareceres de especialistas e a demora na regulação de vagas. Embora a literatura aponte que pacientes de alta urgência demandam mais recursos e apresentam maior risco de internação, os dados deste estudo sugerem que os casos de baixa urgência também resultam em tempos elevados de permanência devido a esses fatores. Para mitigar esse problema, é recomendado o investimento em capacitação de recursos humanos e gestão eficiente de leitos.¹⁸

Em contrapartida, a literatura aponta que pacientes classificados em alta urgência (emergência e muito urgente) demandam maior atenção, planejamento e cuidado de enfermagem, necessitam de mais recursos durante sua evolução no hospital e apresentam maiores chances de evolução para internamentos (6,05%).¹⁸ Essa afirmação diverge dos dados apresentados nesta pesquisa, sinalizando tempo elevado para internações em prioridades de baixa urgência. Contudo, a estadia longa é justificada pelas investigações diagnósticas;

aguardo de parecer de especialistas, de resultados de exames, de regulação de vaga no sistema, da liberação de leito de internação e do transporte para traslado do paciente. Para reverter essa estadia acentuada nas UE é orientado investimentos em recursos humanos capacitados e empenho na gestão de leitos.²²

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar o perfil e a prevalência dos desfechos clínicos dos pacientes atendidos em uma unidade de emergência hospitalar, de acordo com a classificação de risco do Sistema de Triagem de Manchester. A maioria dos atendimentos foi realizada em pacientes de faixa etária de 56 a 75 anos, predominantemente do sexo masculino, e classificados como de baixa urgência. Esses achados indicam que a emergência hospitalar tem absorvido uma demanda significativa de casos que poderiam ser tratados em unidades de atenção primária.

O desfecho prevalente foi a alta hospitalar, evidenciando que muitos dos atendimentos foram resolutivos e de baixa complexidade. Entretanto, o tempo médio de permanência, especialmente em casos de baixa urgência, mostrou uma sobrecarga nos serviços de emergência, possivelmente causada pela espera por exames complementares, regulação de vagas e liberação de leitos.

Esses resultados sugerem a necessidade de aprimorar a acurácia na aplicação do STM, para evitar a supertriagem e assegurar que os recursos da emergência sejam priorizados para casos mais graves. Além disso, há uma demanda por maior investimento na capacitação dos profissionais de enfermagem e na gestão de leitos, visando otimizar o fluxo de pacientes e reduzir o tempo de permanência na unidade. Frente essa demanda levanta-se a necessidade de oferecer informação sobre a rede de atenção à saúde aos usuários.

A limitação deste estudo restringe-se ao recorte temporal selecionado, compreendendo os dois primeiros anos da pandemia pela COVID-19 no cenário brasileiro. Neste sentido, recomenda-se a realização de estudos futuros que realizem uma comparação

da caracterização deste cenário de atendimentos realizados antes, durante e após esta pandemia.

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar (PPGSTEh) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e cooperação entre Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) - Finance Code 001, modalidade Mestrado Profissional, com foco na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme edital nº 01/2020 - acordo CAPES/COFEN.

REFERÊNCIAS

1. Sacoman TM, Beltrammi DGM, Andrezza R, Cecílio LCO, Reis AAC. Implementation of the Manchester Risk Classification System in emergency municipal network. *Saúde debate*. [Internet]. 2019 [cited 2023 jan 04];43:121. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>.
2. Meriguetta SA, Portugal FB. Eventos adversos em serviços de urgência e emergência: uma revisão integrativa de literatura. *Rev. Baiana Saúde Pública*. [Internet]. 2023 [acesso em 24 de junho 2024]; 47(1). Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3810>.
3. Teixeira GS, Silveira RCP, Mininel VA, Moraes JT, Ribeiro IKS. Quality of life at work and occupational stress of nursing in an emergency care unit. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2019 [cited 2023 jan 04];28(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0298>.
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº. 661, de 11 de março de 2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. *Diário Oficial União*. 11 mar 2021, Seção 1. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/>

5. Souza CC, Araújo FA, Chianca TCM. Scientific literature on the reliability and validity of the Manchester triage system (mts) Protocol: a integrative literature review. *Rev. Esc. Enferm. USP*. [Internet]. 2015 [cited 2023 mar 21]; 49(1). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019>.
6. Rausch MCP, Júnior WC, Carvalho CA, Nascimento GFL, Rocha PTB. Diretrizes para implementação do sistema manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências: como implementar o sistema manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2017.
7. Gonçalves PC, Pinto Júnior D, Salgado PO, Chianca TCM. Relationship between risk stratification, mortality and length of stay in a emergency hospital. *Invest. Educ. Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2023 mar 21];33(3). Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a05>.
8. Rabelo SK, Lima SBS, Santos JLG, Costa VZ, Reisdorfer E, Santos TM, et al. Nurses' work process in an emergency hospital service. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2020 [cited 2023 mar 21];73(5). Available from: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0923>.
9. Gonçalves MDS; Rodrigues WG; Carvalho LAS. Profile of patients with Acute Myocardial Infarction in a hospital in the capital of Alagoas. *REAS*. [Internet]. 2023 [cited 2024 mar 21];23(4), 2023. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e12457.2023>.
10. Medeiros JTL, Vissotto CT, Pena F, Rangel RF, Munhoz OL, Ilha S. Profile of adult users served in the red room of an emergency care unit. *REAS*. [Internet]. 2023 [cited 2024 mar 21];23(3). Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e11983.2023>.
11. Silva KSC, Duprat IP, Dórea AS, Melo GC, Macedo, AC. Cardiologic emergency: main risk factors for acute myocardial infarction. *Braz. J. Hea. Rev*. [Internet]. 2020 [cited 2024 mar 21];3(4). Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-372>.
12. Acosta AM, Lima MADs, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaúcha Enferm*.

[Internet]. 2020 [cited 2024 mar 21];41(esp). Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>.

13. Amato M, Ananias L, da Silva FC, Nazário NO. Prevalência e Fatores Associados aos Motivos de Procura pelo Serviço de Emergência em Hospital na Região Metropolitana de Curitiba-PR. JBMEDE. [Internet]. 2022 [acesso em 21 de março 2024];2(2). Disponível em: <https://doi.org/10.54143/jbmede.v2i2.61>.

14. Matos Y, Breda D. Profile of patients attended in emergency care unit, Jardim Veneza, Cascavel-PR. FJH. [Internet]. 2020 [cited 2024 mar 21];2(1). Available from: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i1.164>.

15. Hehn R, Bueno ALM. Epidemiological profile of care in a private emergency service in southern Brazil. Rev Enferm UFSM-REUFSM. [Internet]. 2020 [cited 2024 mar 21];10:e58. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769237989>.

16. Veloso IAM, Tibães HBB. Perfil de usuários atendidos em um pronto atendimento de saúde. Rev Recien. [Internet]. 2022 [cited 2024 mar 21];12(38). Available from: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.157-164>.

17. Guedes HM, Araújo FA, Júnior DP, Martins JCA, Chianca TCM. Outcome assessment of patients classified through the Manchester Triage System in emergency units in Brazil and Portugal. Invest. Educ. Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2024 mar 21];35(2). Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n2a06>.

18. Anziliero F, Dal Soler BE, Silva BA, Beghetto MG. Manchester System: time spent on risk classification and priority of care at an emergency medical service. Rev Gaucha Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2024 mar 21];37(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>.

19. Costa JP, Nicolaidis R, Gonçalves AVF, Souza EN, Blatt CR. The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2024 mar 21];41:e20190327. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>.

20. Souza TH, Andrade SR. Embracement with risk classification: an indicator of the emergency demand on a hospital service. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2024 mar 21];19(4). Available from: <http://doi.org/10.5380/ce.v19i4.35941>.
21. Silva ADC, Chianca TCM, Padua DR, Guimarães GL, Manzo BF, Correa AR. Characteristics of care of a public emergency room according to the manchester triage system. *Rev Min Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2024 mar 21];23:e-1178). Available from: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190026>.
22. Jesus APS, Batista REA, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP. Evaluation of the Manchester Triage System quality indicator: service time. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2024 mar 21];42:e20200371. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200371>.