

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA
DE ENFERMAGEM**

KELLY CAVALHEIRO DA SILVA RODRIGUES

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O SISTEMA DE
MANCHESTER: SCOPING REVIEW**

Porto Alegre

2020

KELLY CAVALHEIRO DA SILVA RODRIGUES

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O SISTEMA DE
MANCHESTER: SCOPING REVIEW**

Trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Carlise Rigon Dalla Nora.

Porto Alegre
2020

AGRADECIMENTOS

“Só quem já lutou muito para alcançar um objetivo sabe quão indescritível é o sentimento de realizar um sonho.” Após alguns anos lutando e superando desafios chego ao destino final de mais uma etapa: o tão sonhado título de Enfermeira, afirmo que não foi fácil encarar uma jornada dupla entre aulas e plantões, mas consegui, e só tenho a agradecer.

Agradeço a Deus primeiramente pois foi nele que busquei forças em certos momentos na graduação, aos meus pais, Maria de Lourdes Cavalheiro da Silva e Dinorá Demétrio da Silva, razão pela qual me fazem lutar todos dias por algo melhor, sempre me mostrando o quão fundamental é o conhecimento agregado durante a vida e sobre estarmos em contínuo aprendizado para nos tornarmos pessoas melhores. Ao meu marido, Carlos Eduardo de Souza Rodrigues, companheiro fiel e atencioso que me inspira todos os dias. E por final, e não menos importantes, meus irmãos Paulo Cesar Cavalheiro e Daniel Cavalheiro, os quais em momento algum me faltaram com palavras positivas de apoio em meio ao cansaço. Ao meu sobrinho querido o qual tenho admiração e carinho, Arthur Schitller da Silva.

À minha orientadora, Carlise Rigon Dalla Nora, exemplo de profissional, paciente, sempre disposta com palavras de ânimo, modelo de inspiração. À outro exemplo de profissional, a qual me desperta admiração e que não poderia deixar de citar, Mariur Gomes Beghett, meu muito obrigada, levo comigo suas palavras e modo suave de passar por certas situações rotineiras.

A todos citados acima tenham certeza que contribuíram muito para me tornar uma profissional e ser humano melhor a cada dia. A vocês deixo meu muito obrigada!

Não tenha medo da vida, tenha medo de não vivê-la. Não há céu sem tempestades, nem caminhos sem acidentes. Só é digno do pódio quem usa as derrotas para alcançá-lo. Só é digno da sabedoria quem usa as lágrimas para irrigá-la. Os frágeis usam a força; os fortes, a inteligência. Seja um sonhador, mas una seus sonhos com disciplina, pois sonhos sem disciplina produzem pessoas frustradas. Seja um debatedor de ideias. Lute pelo que você ama.

(Augusto Cury)

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) surge como uma Política Pública adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na busca de reafirmar a saúde como direito universal. A implantação do ACR com o Sistema de Triage de Manchester (STM) mostra-se um protocolo de triagem que visa a ajustar o fluxo de atendimento, conferindo um desafio dentro da atenção primária, possibilitando um serviço humanizado baseados nos princípios da equidade e integralidade. O enfermeiro se faz instrumento crucial dentro da Estratégia de saúde da Família e na implantação deste protocolo em ressalvo autonomia que o mesmo proporciona.

OBJETIVO: Sumarizar as experiências relatadas na literatura sobre o emprego do Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde Brasileira. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão da Literatura sobre o tema, selecionando-se publicações dos últimos dez anos das bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Biblioteca Cochrane, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BDENF (Base de Dados de Enfermagem), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), além do catálogo de teses e dissertações CAPES. **RESULTADOS:** Foram incluídos 15 estudos que se apresentam por meio de três categorias, quais sejam: 1) Avanços no acesso através do Protocolo de Manchester na visão dos profissionais da saúde, 2) Limites e desafios do acesso aos serviços de saúde devido a utilização do Protocolo de Manchester e 3) Potencialidades do Protocolo de Manchester na APS. **CONCLUSÃO:** A utilização deste protocolo ao nível primário tem mostrado um desafio à equipe de saúde, corroborando com a necessidade de aprimoramento a fim de conquistar um atendimento eficaz e sensibilizado.

Palavras-chave: Acolhimento. Triage. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Triage with Risk Score emerges as a Public Policy adopted by the Sistema Único de Saúde (SUS) that is, Brazilian Health System in the search to reaffirm health as a universal right. The implantation of Triage with Risk Score with the Manchester Triage System (STM) a screening protocol is shown that aims to adjust the flow of care, providing a challenge within primary care, enabling a humanized service based on the principles of equity and integrality. The nurse becomes a crucial instrument within the Family Health Strategy and in implementation of this protocol subject to the autonomy it provides. **OBJECTIVE:** To summarize the experiences reported in the literature on the use of the Manchester Protocol in Primary Health Care in Brazil. **METHODOLOGY:** A literature review on the topic was carried out by selecting publications from the latest ten years of the LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), IBECS (Spanish Bibliographic Index of Health Sciences), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), Cochrane Library, SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BDENF (Nursing Database), CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in addition to the CAPES thesis and dissertation catalog. **RESULTS:** We included 15 studies that are presented through three categories, namely: 1) Advances in access through the Manchester Protocol in the view of health professionals, 2) Limits and challenges of access to health services due to the use of Manchester Protocol and 3) Potentialities of the Manchester Protocol in PHC. **CONCLUSION:** The use of this protocol at the primary level has proved to be a challenge to the health team, corroborating the need for improvement, in order to achieve effective and sensitized care.

Keywords: User Embrace. Triage. Nursing. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

LISTA DE SIGLAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
APS	Atenção Primária à Saúde (APS)
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
GBCR	Grupo Brasileiro de Classificação de Risco
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	12
3 METODOLOGIA	13
3.1 TIPO DE ESTUDO	13
3.2 QUESTÃO DE PESQUISA.....	13
3.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES	13
3.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	14
3.5 EXTRAÇÃO DE DADOS.....	14
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	15
REFERÊNCIAS	16
ANEXO 1- APROVAÇÃO DO PROJETO DA COMPESQ	18
VERSAO PRELIMINAR DO ARTIGO	19
ANEXO 2 – NORMAS EDITORIAIS DO PERIÓDICO	41

1 INTRODUÇÃO

O acolhimento com classificação de risco surge na Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorganização do modelo assistencial. Baseia-se nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de superar as desigualdades; visa a um sistema universal e integrado, com alicerce na assistência regionalizada, contínua e sistematizada (SOUZA, 2008). O acolhimento busca transformar a demanda espontânea em demanda programada, acolhendo com qualidade e realizando um direcionamento do cuidado, integrando as condições de saúde pela equipe multidisciplinar, tirando o foco biomédico (SANTANA, 2011).

O atendimento a pacientes nos diferentes espaços da rede de atenção, tanto da rede pública como na privada, requer um sistema racional e organizado de forma que possam ser estabelecidas prioridades, conforme as necessidades dos indivíduos (PARENTI et al, 2014). Muitos sistemas têm sido propostos com intuito de classificar o risco dos pacientes. O Sistema de Triagem de Manchester (STM) é um deles.

O STM teve seu desenvolvimento em 1994 na cidade de Manchester (Inglaterra) com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros para a padronização da classificação de risco nos serviços de urgência e emergência (GBCR, 2010).

Desde então, paulatinamente, passou a ser utilizado em serviços de emergência em diferentes países (Noruega, Suécia, Holanda, Alemanha, Austrália, Espanha, Eslovênia, Reino Unido, Portugal e Brasil), evidenciando-se redução no tempo de atendimento a pacientes com risco maior, eficácia no sistema de triagem e satisfação da população que busca atendimento (GRAFF, 2014).

O STM objetiva que o enfermeiro identifique a prioridade clínica do paciente, através da sua queixa principal. Para tanto, contempla critérios de gravidade de forma objetiva e estratificada. A utilização do Protocolo de Manchester atinge os seus objetivos quando realizado em estabelecimentos de Urgência e Emergência, onde as características e necessidades dos casos tendem a ser agudos ou crônicos, mas requerem rápida intervenção. Nesse cenário, atinge maior êxito, realidade geralmente oposta vivenciada nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (GBCR, 2010).

O sistema classifica o paciente em um dentre cinco níveis de gravidade, nomeados por número, cores, nomes aos quais se relaciona o tempo máximo de espera para o primeiro atendimento médico. A categoria número 1 – ou cor vermelha ou emergente – se caracteriza pelo tempo recomendado para o primeiro atendimento médico ser imediato, sem nenhuma espera; na categoria número 2 – ou cor laranja ou muito urgente – o tempo de espera não deve

exceder a 10 minutos; já na categoria número 3 – ou cor amarela ou urgente – o tempo deve ser de até 60 minutos; na categoria número 4 – ou cor verde ou pouco urgente – o tempo para atendimento deve ser inferior a 120 minutos; a categoria número 5 – ou cor azul ou não urgente – o tempo para atendimento deve ser de até 240 minutos (GBCR, 2010).

O STM parte de uma escuta sobre o motivo (queixa) que trouxe o paciente ao serviço e o enfermeiro define um fluxograma específico a ser seguido. A partir do relato do paciente sobre os sinais e sintomas apresentados, o enfermeiro estabelece um discriminador do risco de o paciente apresentar complicações (categorias de 1 a 5). Esses discriminado, portanto, é o direcionador da prioridade de atendimento, já que determina o nível de urgência, organizando a ordem de atendimento dos pacientes de acordo com o seu potencial risco clínico (GBCR, 2010).

Ao longo dos anos, sistemas de classificação de risco inicialmente adotados em serviços de urgência e emergência foram implementados também para serviços da Atenção Primária à Saúde. O objetivo disso é corresponsabilizar o usuário, propiciar a priorização de casos de risco, o agendamento programado de casos de baixo risco, visando a reduzir as filas de esperas (ALBINO, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem passado por sucessivas transformações e estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da Atenção Primária, na tentativa de mudar a cultura dos envolvidos no sistema, aumentando o grau de corresponsabilização de usuários e profissionais, tanto na atenção à saúde como na gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2009).

O acolhimento surge como estratégia de interferência nos processos de trabalho em saúde e a prática de acolher com avaliação de risco como um dispositivo técnico-assistencial, que contribui para a efetivação do SUS, dá um enfoque ao nível de urgência e emergência (BRASIL, 2009).

Acolhimento com classificação de risco surge na PNH (BRASIL, 2009) como tecnologia leve de trabalho, utilizado nos serviços de urgência. Após ser expandida para Atenção Primária a Saúde, visando a aperfeiçoar o serviço, incluindo o usuário em uma rede de conversações com intuito de buscar o fim de filas, na tentativa de reorganizar os processos de trabalho, ampliando a capacidade da equipe em identificar e resolver problemas de saúde (SOUZA et al.,2011).

Segundo Portaria nº 2.048 de 2002 do Ministério da Saúde, ainda vigente, a classificação de risco nos serviços de urgência e emergência deverá ser exercida por qualquer

profissional de nível superior desde que tenha sido capacitado conforme a instituição (BRASIL, 2002).

Dentro da Atenção Primária, o responsável por priorizar o atendimento tem sido o Enfermeiro por meio da escuta qualificada, com base no senso crítico, ordenamento e direcionamentos de devidos encaminhamentos na rede assistencial, garantindo a continuidade do cuidado. Havendo respaldo, conforme Resolução nº 423/2012 (COFEN, 2012), a qual classifica o enfermeiro como profissional capacitado a executar o acolhimento

De acordo com estudo de caso feito por Moreira (2017), é possível evidenciar ambiguidade e dificuldades enfrentadas pelo desconhecimento da população, a precariedade do fluxo da rede de saúde, e o questionamento do Enfermeiro quanto à eficácia do protocolo na Atenção Primária à Saúde e seu papel frente a esse protocolo.

No que designa o primeiro, destaca-se o desconhecimento do usuário sobre a realização da classificação de risco pelo STM; a sobrecarga de trabalho conferida ao enfermeiro; a ampliação do tempo de espera para o acesso do usuário ao serviço; e a prioridade de atendimento aos casos agudos na APS (MOREIRA et al., 2017, p. 7).

Nesse sentido, a implantação de sistema de classificação de risco, especialmente o STM no âmbito da APS, ainda carece de estudos que demonstrem o quanto a metodologia é factível e de fato organiza a demanda de cuidados em outros pontos da rede de Atenção à Saúde, além de serviços de urgência e emergência. Portanto, a questão de pesquisa do presente projeto é: O que a literatura relata sobre o emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Atenção Primária à Saúde a partir das publicações disponíveis?

2 OBJETIVO

Sumarizar as experiências relatadas na literatura sobre o emprego do Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde Brasileira.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão da literatura desenvolvida por meio de uma *Scoping Review*, descrita inicialmente por Arksey e O'Malley (2005) e sistematizada por Levac *et al* (2010). Os estudos de *Scoping Review* visam a resultados amplos, abrangentes e por isso compartilham de diversas características da revisão sistemática, como ser metódica, transparente e replicável (GRANT, BOOTH, 2009; JBI, 2015). Assim, esse tipo de revisão permitirá mapear sistematicamente a literatura sobre um determinado tópico.

As funções centrais da *Scoping Review* incluem o mapeamento do estado atual da literatura, a determinação da necessidade e viabilidade de realização de uma revisão sistemática, resumo e disseminação dos resultados das investigações e identificação de lacunas em que novas pesquisas são necessárias (LEVAC *et al.*, 2010).

O método da *Scoping Review* dispõe de um quadro metodológico de seis passos (ARKSEY; O'MALLEY, 2005): 1) identificar a questão da pesquisa; 2) identificar estudos relevantes; 3) selecionar estudos; 4) extrair dados; 5) sumarizar e relatar os resultados e 6) consulta a especialistas (essa etapa não será utilizada nesse estudo).

Levac *et al* (2010) referem que o processo de uma *Scoping Review* não é linear, mas iterativo, exigindo que os pesquisadores se envolvam com cada fase de forma reflexiva e, se necessário, repitam os passos anteriores para garantir que toda a literatura relevante sobre o tema seja verificada de forma abrangente.

3.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Em uma *Scoping Review* a questão de investigação deverá ser tão ampla quanto o foco do estudo, a fim de alcançar as evidências que se pretende (JBI, 2015). Dessa forma, a questão de pesquisa desse estudo será: Quais as experiências relatadas na literatura sobre o emprego do Sistema de Triagem de Manchester no contexto da Atenção Primária à Saúde Brasileira?

3.3 IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES

Para assegurar a identificação dos estudos relevantes da temática serão consultadas as bases: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs

(Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), Biblioteca Cochrane, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BDENF (Base de Dados de Enfermagem), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). Será utilizada a EBSCO (*EBSCO host Online Research Databases*), plataforma de pesquisa *online* provedora de recursos de pesquisa com banco de dados de qualidade, aplicado por milhares de instituições e milhões de usuários. Apesar de a literatura cinzenta estar contribuindo (PAEZ, 2017) no aumento de evidências em publicações não convencionais e não comerciais, com semi-publicações, estas não irão constar na presente revisão.

O catálogo de Teses Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) será utilizado para identificar teses e dissertação que ainda não tenham gerado publicações nas bases citadas.

Será utilizado os seguintes Descritores da área da Saúde, MeSH (*Medical Subject Headings*) e/ou palavras-chaves. Será utilizado o operador booleano (AND) com as seguintes combinações: “Sistema de Triagem de Manchester” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Acolhimento”; “Atenção Primária à Saúde” AND “Triagem” AND “Sistema de Triagem de Manchester”; “Acolhimento” AND “Triagem” AND “Sistema de Triagem de Manchester” AND “Atenção Primária à Saúde”. As buscas serão realizadas no período janeiro e fevereiro de 2020, partindo-se dos descritores isolados.

3.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Serão incluídos os artigos originais, dissertações ou teses, publicados nos últimos 10 anos, em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, cujos sujeitos de pesquisa incluam enfermeiros, excetuando-se estudos teóricos e estudos de revisão. A seleção dos estudos se dará em etapas subsequentes, mantendo-se o estudo no processo sempre que a aquela etapa indicar como alinhado à questão de pesquisa. Inicialmente, será realizado a leitura do título, seguido pela análise do resumo e, por fim, do texto completo. Uma avaliadora realizará a busca e seleção dos textos. Em casos de dúvidas será mantido o artigo na seleção e discutido com uma segunda avaliadora.

3.5 EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados serão analisados utilizando-se um instrumento estruturado elaborado no Word, permitindo sintetizar os principais achados das buscas, destacando: autor, título, ano de publicação, periódico, país de realização do estudo, cenário, participantes, abordagem, método utilizado para coleta, análise e principais resultados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as publicações e os autores utilizados nesta pesquisa foram citados, respeitando os aspectos éticos previstos na Lei nº 12.853 de 14 de agosto de 2013, que trata dos direitos autorais. O projeto será submetido a apreciação ética da Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo 1).

REFERÊNCIAS

- ALBINO, Rubia Maria; GROSSEMAN, Suely; RIGGENBACH, Viviane. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/523.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.
- ARKSEY, Hilary; O'MALLEY, Lisa. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal Of Social Research Methodology**, [S.l.], v. 8, n. 1, p.19-32, fev. 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1364557032000119616?need%20Access=true>. Acesso em: 20 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de Novembro de 2002**. Dispõem sobre o regulamento técnico das urgências e emergências e sobre os serviços de atendimento móvel de urgências e seus diversos veículos de intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de **Urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. **Resolução nº 423/2012**. Brasília. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4232012_8956.html. Acesso em: 20 maio 2019
- GRÄFF, Ingo; et al. The German Version of the Manchester Triage System and Its Quality Criteria – First Assessment of Validity and Reliability. **Plos One**, [S.l.], v. 09, n. 02, 24 fev. 2014. Public Library of Science (PLoS). National Library of Medicine. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24586477>. Acesso em: 27 maio 2019.
- GRANT, Maria J.; BOOTH, Andrew. A typology of reviews: ananalysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Information & Libraries Journal**, [S.l.], v. 26, n. 02, p.91-108, 27 maio 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>. Acesso em: 20 maio 2019.
- GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Classificação de Risco na Urgência e Emergência. 1. Ed. Brasil, 2010.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews**, Australia, 2015. Disponível em:

<https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

LEVAC, Danielle; COLQUHOUN, Heather; O'BRIEN, Kelly K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, [S.l.], v. 05, n. 01, p.1-9, 20 set. 2010.

Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/17485908-5-69>. Acesso em: 20 maio 2019.

MOREIRA, Danielle de Araújo; et al. Manchester triage system in primary health care: ambiguities and challenges related to access. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 02, p.1-8, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce26-02-e5970015.pdf. Acesso em: 20 maio 2019.

PAEZ, Arsenio. Gray literature: An important resource in systematic reviews. **Journal Of Evidence-based Medicine**, [S.l.], v. 10, n. 03, p. 233-240, ago. 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jebm.12266>. Acesso em: 20 maio 2019.

PARENTI, Nicola; et al. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. **International Journal Of Nursing Studies**, [S.l.], v. 51, n. 07, p.1062-1069, jul. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24613653>. Acesso em: 20 maio 2019.

SANTANA, Milena Lopes. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 06, n. 19, p. 133-141, 2011.

SOUZA, Cristiane Chaves de; et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, [S.l.], v. 19, n. 01, p. 01-8, jan/fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf. Acesso em: 20 maio 2019.

SOUZA, Raíssa Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, [S.l.], v. 12, n. 04, p. 581-586, out/dez. 2008. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/304>. Acesso em: 20 maio 2019.

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO PROJETO DA COMPESQ

19/05/2020

Sistema Pesquisa - Projetos

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Carlise Rigon Dalla Nora

Dados Gerais:		Retornar
Projeto N°:	37715	Título: CLASSIFICACAO DE RISCO NA ATENCAO PRIMARIA DE ACORDO COM SISTEMA DE MANCHESTER: SCOPING REVIEW
Área de conhecimento:	Enfermagem de Saúde Pública	Início: 22/07/2019 Previsão de conclusão: 30/12/2020
Situação:	Projeto em Andamento	
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado
Local de Realização:	não informado	
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.		
Objetivo:		
<p>Trata-se de uma Scoping Review (Revisão de Escopo), cujo objetivo é sumarizar as experiências relatadas na literatura sobre o emprego do Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde Brasileira. Para a identificação dos estudos relevantes da temática serão consultadas as bases: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde),</p>		
Palavras Chave:		
<p>ACOLHIMENTO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER</p>		
Equipe UFRGS:		
<p>Nome: MARIUR GOMES BEGHETTO Coordenador - Início: 22/07/2019 Previsão de término: 30/12/2020 Nome: CARLISE RIGON DALLA NORA Pesquisador - Início: 22/07/2019 Previsão de término: 30/12/2020 Nome: KELLY CAVALHEIRO DA SILVA RODRIGUES Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 22/07/2019 Previsão de término: 30/12/2020</p>		
Avaliações:		
<p>Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 28/08/2019 Clique aqui para visualizar o parecer</p>		

ARTIGO

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E O SISTEMA DE
MANCHESTER: SCOPING REVIEW**

(Versão preliminar)

Seguindo as Normas do *Journal Of Nursing and Health* (Anexo 1)

ARTIGO DE REVISÃO

Classificação de risco na atenção primária e o Sistema de Triagem de Manchester: scoping review
Risk classification in primary care and the Manchester Triage System: scoping review
Clasificación de riesgos en atención primaria y el Sistema de triaje de Manchester: revisión exploratoria

Resumo

Objetivo: Sumarizar experiências relatadas na literatura sobre o emprego do Sistema de Triagem de Manchester no contexto da Atenção Primária à Saúde Brasileira. **Método:** Realizou-se uma *scoping review* nas bases LILACS, IBECs, MEDLINE, BDNF, CINAHL, Biblioteca Cochrane, SciELO, EBSCO e no catálogo de Teses e Dissertações da CAPES em janeiro e fevereiro de 2020. Incluíram-se estudos originais, relato de experiência e dissertações. **Resultados:** Foram incluídos 15 estudos publicados entre 2009 e 2019. Da análise, resultaram três categorias: 1) Avanços no acesso através do Sistema de Manchester; 2) Limites e desafios do acesso ao serviço de saúde devido a utilização do Protocolo de Manchester e 3) Potencialidades do Protocolo de Manchester na APS. **Conclusão:** Os resultados desta revisão reforçam a necessidade de adequação do Sistema de Triagem de Manchester voltado a demanda do nível primário, além da sensibilização da equipe para a aplicação do acolhimento com classificação de risco de forma efetiva na APS. **Descritores:** Acolhimento. Triagem. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract

Objective: To summarize experiences reported in the literature on the use of the Manchester Triage System in the context of Primary Health Care in Brazil. **Method:** A *scoping review* was carried out on LILACS, IBECs, MEDLINE, BDNF, CINAHL, Cochrane Library, SciELO, EBSCO and in the CAPES Thesis and Dissertations catalog in January and February 2020. Original studies, reports of experience and dissertations. **Results:** 15 studies published between 2009 and 2019 were included. The analysis resulted in three categories: 1) Advances in access through the Manchester Triage System; 2) Limits and challenges of access to health services due to the use of the Manchester Triage System and 3) Potentialities of the Manchester Triage System in PHC. **Conclusion:** The results of this review reinforce the need to adapt the Manchester Triage System to the demand of the primary level, in addition to raising the team's awareness of the application of the triage with risk score effectively in PHC. **Descriptors:** User Embracement. Triage. Nursing. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

Resumen

Objetivo: Resumir las experiencias reportadas en la literatura sobre el uso del Sistema de triaje de Manchester en el contexto de la Atención Primaria de Salud en Brasil. **Método:** Se realizó una revisión exploratoria en bases LILACS, IBECs, MEDLINE, BDNF, CINAHL, Cochrane Library, SciELO, EBSCO y en el catálogo de Tesis y Disertaciones CAPES en enero y febrero de 2020. Estudios originales, informes de experiencia y disertaciones. **Resultados:** Se incluyeron 15 estudios publicados entre 2009 y 2019. El análisis dio como resultado tres categorías: 1) avances en el acceso a través del Sistema de triaje de Manchester; 2) Límites y desafíos del acceso a los servicios de salud debido al uso del Sistema de triaje de Manchester y 3) Posibilidades del Sistema de triaje de Manchester en la APS. **Conclusión:** Los resultados de esta revisión refuerzan la necesidad de adaptar el Sistema de triaje de Manchester para satisfacer la demanda del nivel primario, además de aumentar la conciencia del equipo sobre la aplicación efectiva de la triaje con la clasificación de riesgo en APS.

Descriptor: Acogimiento. Triaje. Enfermería. Atención Primaria de Salud. Accesibilidad a los Servicios de Salud.

INTRODUÇÃO

Apesar das diretrizes de que as Unidades Básicas de Saúde sejam as portas de entrada no sistema de saúde brasileiro, as emergências e pronto atendimento tem sido substancialmente acionadas pelos usuários, acarretando em uma grande demanda, maior que a capacidade dos serviços instalados.¹ Esta inversão no fluxo de atendimento é sentida no serviço de emergência, resultando em emergências lotadas e problemas organizacionais ao realizar atendimento sem critérios clínicos os quais poderiam ser sanados no serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), especializada ou de menor complexidade.²

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 e visa a promover uma abordagem integral, equânime, mediante assistência humanizada; nela o Ministério da Saúde Brasileiro traz o conceito de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) com a finalidade organizar o atendimento, servindo de dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção à saúde, particularmente ao serviço de urgência.³ O ACCR é entendido como um dispositivo tecnológico relacional de intervenção, e se norteia pela escuta qualificada, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização, resolutividade dos serviços de saúde, bem como pela priorização dos pacientes mais graves para atendimento.³

Nesse contexto, o Acolhimento com Classificação de Risco pelo Sistema de Triagem de Manchester (STM) reformula a organização demandada dentro da APS em um processo dinâmico, substituindo a triagem excludente pelo modelo acolhedor de incumbência de profissional de ensino superior capacitado, na APS o profissional que geralmente fica responsável por essa tarefa é o enfermeiro (Resolução nº 423/2012). A eficácia e o sucesso da implantação desse sistema depende da utilização correta desta ferramenta pelos profissionais, sendo necessário o aprimoramento permanente. Portanto, a utilização do STM na Atenção Primária embasado em critérios clínicos de prioridade atinge o objetivo de estabelecer o tempo de espera e romper com o atendimento por ordem de chegada, garantindo acesso resolutivo, com equidade e humanizado⁴.

Diante do exposto, e considerando-se a relevância da utilização da estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco pelo STM para o seu aprimoramento nos serviços de Atenção Primária à Saúde, questiona-se: Quais as experiências relatadas sobre o emprego do STM no contexto da Atenção Primária à Saúde Brasileira? Assim, este estudo teve como objetivo sumarizar experiências relatadas na literatura sobre o emprego do Sistema de Triagem de Manchester no contexto da Atenção Primária à Saúde Brasileira.

MÉTODOS

Trata-se de uma *Scoping Review*, descrita inicialmente por Arksey e O'Malley⁵ e sistematizada por Levac e outros⁶. Esse tipo de revisão visa a obtenção de resultados amplos, abrangentes e por isso compartilham de diversas características da revisão sistemática, como ser metódica, transparente e replicável⁷. Além disso, os estudos de *Scoping Review* permitem mapear sistematicamente a literatura sobre um determinado tópico⁶.

O estudo seguiu os cinco passos metodológicos da *scoping review*: (1) identificação da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) extração de dados; (5) sumarização e relato de resultados.⁵ O sexto passo da consulta com especialistas considerado opcional não foi utilizado neste estudo.

A questão norteadora deste estudo foi: Quais as experiências relatadas na literatura sobre o emprego do Sistema de Triagem de Manchester no contexto da

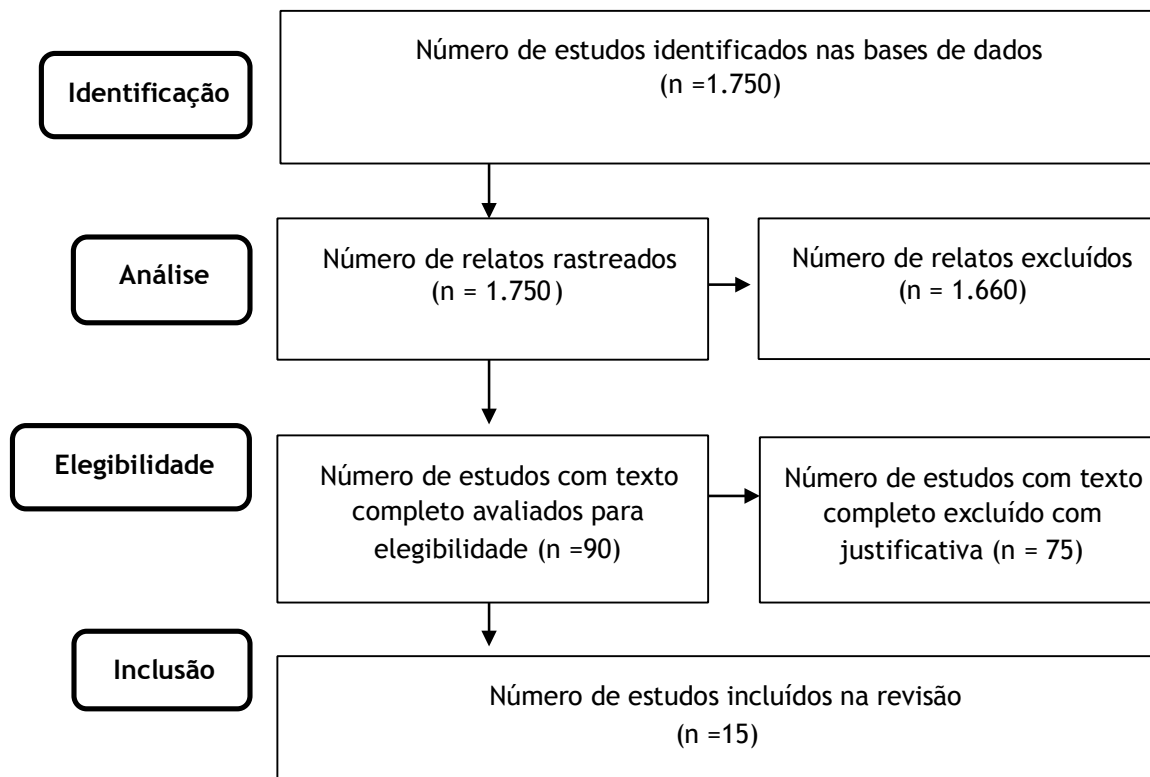
Atenção Primária à Saúde Brasileira? Uma das fontes de dados verificadas foi a Biblioteca Virtual em Saúde, que incluiu as bases: LILACS (Literatura LatinoAmericana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECS (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). A busca na Biblioteca Cochrane, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e EBSCO (*EBSCO host Online Research Databases*). O catálogo de Teses Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) foi verificado.

Foram selecionados os seguintes termos e/ou descritores controlados de terminologia preconizada pelo Medical Subject Headings (MESH) e/ou os Descritores em Ciências da Saúde (Decs): acolhimento; triagem; Manchester; Sistema de Triagem de Manchester; Atenção Primária à Saúde. A estratégia de busca utilizada seguiu a definição de cada base de dados correspondente. Foi utilizado o operador booleano (AND) com as seguintes combinações: “Sistema de Triagem de Manchester” AND “Atenção Primária à Saúde” AND “Acolhimento”; “Atenção Primária à Saúde” AND “Triagem” AND “Sistema de Triagem de Manchester”; “Acolhimento” AND “Triagem” AND “Sistema de Triagem de Manchester” AND “Atenção Primária à Saúde”. Essas estratégias de buscas foram adotadas em sua equivalência em espanhol e inglês e executadas em janeiro e fevereiro de 2020.

Os critérios de inclusão foram: estudos originais, relato de experiência e dissertações, publicadas nos últimos 10 anos e estudos com amostra de profissionais da saúde que incluíssem enfermeiros.

Os critérios de exclusão foram: estudos teóricos e estudos de revisão. Para sistematizar o processo de inclusão dos estudos, optou-se pela metodologia PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR).⁸ Os estudos foram pré-selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos e a amostra final foi alcançada com base na leitura dos estudos na íntegra, conforme fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos que compõem a pesquisa de acordo com o PRISMA ScR⁸



Fonte: Elaborado pelos autores

Os dados foram analisados utilizando um instrumento estruturado elaborado no Word, permitindo sintetizar os principais achados das buscas, destacando: autor, periódico, ano de publicação, tipo de estudo, participantes e principais resultados (Apêndice B - Extração de dados dos artigos incluídos na Scoping Review). Esse instrumento permitiu sintetizar e interpretar os dados, gerando uma descrição numérica e temática dos estudos incluídos na revisão.

RESULTADOS

Após o processo de avaliação e seleção dos artigos foram incluídos na *scoping review* 15 estudos, no período de 2009 a 2019. A maioria (n=4) publicado em 2012^{9, 10, 11, 12}, seguido de (n=3) em 2015^{13, 14, 15} (Quadro 1).

Quanto à procedência editorial, os estudos foram publicados em 7 periódicos científicos, sendo (n=2) estudos publicados na REME Revista Mineira de Enfermagem^{14,10}. Foram incluídas (n=7) dissertações e (n=8) artigos (Quadro 1).

Como era um critério de inclusão, os estudos deveriam incluir em sua amostra profissionais da saúde que incluíssem enfermeiros. Somando os participantes de cada estudo nosso estudo compilou os dados de pelo menos 81 enfermeiros e 170 profissionais de saúde e 6 equipes de Estratégia de Saúde da Família¹⁶. Dos 15 estudos, (n=11) utilizaram metodologia qualitativa, (n=1) quantitativo¹⁷ e (n=3) relato de experiência (Quadro 1).

Os resultados serão apresentados por meio de três categorias temáticas, quais sejam: 1) Avanços no acesso através do Protocolo de Manchester na visão dos profissionais da saúde, 2) Limites e desafios do acesso ao serviço de saúde devido a utilização do Protocolo de Manchester e 3) Potencialidades do Protocolo de Manchester na Atenção Primária à Saúde.

Quadro 1- Caracterização dos artigos segundo autor, periódico, ano de publicação, Metodologia, participantes e principais resultados. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Autores	Periódico/2018	Metodologia/participantes	Principais resultados
Oliveira LR	Dissertação 2015	Qualitativo 19 Enfermeiros	Otimização e organização da assistência e reestruturação de atribuições profissionais sendo necessário repensar em tecnologias aplicáveis e viáveis à realidade da Atenção Primária à Saúde.
Queiroz RLB	Dissertação 2013	Relato de Experiência 1 Enfermeiro	Inserção é referenciada em pronto atendimentos de urgência/emergência sem adaptações para APS para demanda de casos crônicos.
Costa AB et al.	REVENF 2018	Qualitativo 15 Enfermeiros	Reconhecimento de práticas do ACCR pelos Enfermeiros da APS e necessidade de Educação continuada.
Moreira DA et al.	Texto & Contexto Enfermagem 2017	Qualitativo 22 Profissionais da Saúde	Reflexão sobre a prática evitando racionalidade burocrática e indiferença dos profissionais ao sofrimento dos usuários.
Caçador BS, et al.	REME Rev Min Enferm. 2015	Qualitativo 07 Enfermeiros	Especificidades das atividades desenvolvidas entre desafios e possibilidades que contribuam no desenvolvimento de intervenções buscando aperfeiçoar os aspectos organizacionais e assistência prestada ao usuário.
Barra SAR, Oliveira LML	Rev. APS. 2012	Qualitativo 11 Profissionais da Saúde	Sistematiza o atendimento humanizando que visa a mudanças na forma de reorganizar assistência na APS.

Silva PM. Barros KP. Torres HC	Rev. Min. Enferm 2012	Qualitativo 09 Enfermeiros	Atualizar e conscientizar através da troca de conhecimento por meio de oficinas pedagógicas.
Moreira DA	Dissertação 2014	Qualitativo 39 Profissionais da Saúde	Limitação em sua inserção sendo ressaltado sua inviabilidade no nível primário à saúde, ocasionando negligência das atividades às demandas advindas da APS.
Caçador BS	Dissertação 2012	Qualitativo 24 Profissionais da Saúde	Singularidade e constantes mudanças na formação do profissional dentro APS gerando desequilíbrio e distanciamento aos usuários
Leite MPS	Dissertação 2009	Relato de experiência 52 Profissionais da saúde	Implantação através de oficinas na busca do conhecimento da Equipe e elaborando formas de gerenciamento.
Souza VAA	Dissertação 2012	Relato de experiência 06 Enfermeiras	Regidos pelos princípios do SUS garantindo eficiência e qualidade no atendimento.
Arantes LJ et al	Acta Paul Enferm. 2016	Quantitativo 09 Enfermeiros	Engajamento da equipe estimulando a autonomia e autocuidado, advinda de processos gerencias.
Leite MPS et al.	Braz. J. Surg. Clin.Res. 2016	Qualitativo 06 equipes de ESF	Busca atender o usuário com singularidade regidos pelos princípios do SUS efetivando o vínculo.
Moreira DA, et al	International Archives of Medicine 2015	Qualitativo 22 Profissionais da Saúde	Tecnologia leve e ágil apresentando limitador em casos específicos pré existentes, levando a ambiguidades em inserção.
Coloni, CSM	Dissertação 2018	Qualitativo 15 Enfermeiros	Incertezas na aplicação do protocolo ressaltam a necessidade de aprendizagem, trazendo descaracterização e perda de vínculo.

Avanços no acesso através do Sistema de Triagem de Manchester na visão dos profissionais da saúde

Nessa categoria, apresentam-se os avanços e/ou potencialidades na utilização do Protocolo de Manchester identificados na literatura investigada e que se referem a percepção dos enfermeiros e/ou profissionais da saúde.

O estudo¹³ refere que quando o usuário relata uma queixa, o enfermeiro tem como comprovar a ordem de atendimento de acordo com a prioridade ou não, fornecida pelo sistema. Também foi observado nesse mesmo estudo que em todas as

unidades de Saúde da Família investigadas, os profissionais da equipe de Saúde realizam o acolhimento, mas apenas ao enfermeiro foi assegurado a responsabilidade de classificar o risco, desde que ele esteja apto para realizar essa prática¹³.

O acolhimento com Classificação de Risco visa a oferecer atendimento prioritário e em tempo hábil aos casos mais urgentes, e não apenas pela ordem de chegada dos usuários as Unidades de Saúde da Família¹³. A classificação de risco tem nova lógica no atendimento na APS, possibilitando a prática da equidade, a produção de acesso ao sistema e a garantia de assistência. Visa a um processo dinâmico que busca identificar os usuários e suas necessidades de saúde de acordo com potencial de risco, na oferta de cuidados imediatos por meio de atendimento rápido efetivo⁴.

O Sistema de Triagem de Manchester pode se configurar como uma oportunidade de viabilizar o encontro humanizado, oferecendo subsídios para a atenção integral, contínua e segura⁴. Dessa forma, a assistência prestada pela equipe de saúde da família é feita ao usuário que necessita de atendimento imediato, e aos que irão passar por consulta agendada em data pré-estabelecida para acompanhamento, também chamados de “demanda programada”, evidencia-se um número de vagas estipulado para os atendimentos de enfermagem e médico¹³.

Segundo o estudo⁴, a inserção do enfermeiro na classificação de risco sugere que suas escolhas e atitudes reforçam autonomia profissional, não limitando a classificação do usuário aos discriminadores ao registrar no sistema, mas deliberando sobre suas ações de forma ética e responsável. É possível verificar em uma fala do profissional: “Eu não creio que interferiu não, porque na verdade, de uma forma ou de outra, tem que falar com o enfermeiro e aquilo que ele [paciente] está falando que o enfermeiro vai lançar e o Manchester vai simplesmente classificar”⁴.

O Protocolo de Manchester no estudo¹⁴ é visto como forma de reorganização da prática assistencial, tendo a prerrogativa de justiça que considera prioridade, não a ordem de chegada ao serviço de saúde, mas sim, aquele usuário que a condição clínica exige atendimento imediato. Já no estudo⁹, a implantação do Sistema de Triagem de Manchester no acolhimento surge devido ao aumento de prioridades em demanda espontânea observado pela avaliação da equipe do acolhimento, o que induziu a equipe a necessidade de construir um protocolo de acolhimento com avaliação e classificação de risco¹⁸.

Nesse sentido, estudo⁹ que buscou conhecer as percepções de acolhimento de enfermeiros que usam o protocolo de triagem de Manchester de acordo com a lógica da ESF, refere que podem existir as seguintes classificações: “Vermelho: emergências e urgências clínicas, comprometimento de vias aéreas, insuficiência respiratória, hemorragia exsanguinante, choque, presença de convulsão, criança que não responde a estímulos; a cor Laranja para dor intensa, hemorragia severa não-controlável, alteração do nível de consciência, febre em crianças, febre muito alta em adultos. Amarelo para dor moderada, hemorragia menor não controlável, histórico de perda de consciência, febre em adultos; Verde: dor leve recente; febre recente; Azul: demais casos”⁹.

Tal estudo⁹ evidenciou a positividade na implantação do protocolo de triagem de Manchester na UBS; os profissionais incorporaram também o risco social, não se deixando prender apenas aos aspectos biológicos, sem deixar que a escuta tenha relevância durante o acolhimento. O estudo apontou que o protocolo auxiliou na organização das prioridades de atendimento, no processo de trabalho e colaborou com a melhoria da agilidade no atendimento aos usuários da UBS¹⁸.

No estudo¹⁰, a implementação do protocolo de triagem possibilitou direcionar o atendimento por meio da utilização de um aparelho chamado TRIUS®, um sistema computadorizado para a classificação do risco com auxílio do Protocolo de Manchester informatizado, composto por um computador, termômetro auricular e um oxímetro de pulso, por onde os dados são consolidados no sistema e identificando o quadro clínico do usuário durante a triagem, garantindo respaldo ao profissional que realiza o atendimento. Proporcionou um cuidado mais humanizado e ágil ao usuário, priorizando suas necessidades e servindo como facilitador na classificação de risco. “É uma forma de você dar prioridade a quem tem uma maior necessidade naquele momento sem excluir as pessoas, arruma uma prioridade a quem tem a necessidade maior (...) Além de trazer melhoria para o serviço(...) A princípio a gente pensa em agilidade, quando a gente tem uma máquina que nos direciona de acordo com o que o paciente te queixou”¹⁰.

A principal potencialidade referida no estudo¹⁸ é o respaldo que o sistema fornece ao profissional que aplica a triagem, advindo de documentos eletrônicos que comprovam as condutas realizadas; possibilidade de classificar os usuários de acordo

com a condição clínica para estabelecer prioridades e organizar o atendimento. O rompimento do atendimento médico por ordem de chegada/filas se faz a partir do acolhimento com classificação de risco baseando-se no STM. Outro avanço citado pelo estudo de Arantes¹⁷ é mostrar que através do Sistema de Triagem de Manchester é possível programar as ações para doentes crônicos, crianças, adultos e idosos.

Foi possível identificar em estudo que o enfermeiro exerce uma tecnologia leve dentro da ESF nas relações interpessoais com os indivíduos e a comunidade dando ao sujeito a sua emancipação e fornecendo maior autonomia. Desse modo, é fundamental estimular sentimentos de satisfação e reforçar a autoestima da equipe e do indivíduo que procura o serviço de saúde¹¹.

Limites e desafios do acesso ao serviço de saúde devido a utilização do Sistema de Triagem de Manchester

Nesta categoria serão descritos os limites e desafios do acesso ao serviço devido a utilização do Protocolo de Manchester na APS.

O estudo¹³ refere ser inviável aplicação do Protocolo de Manchester na Estratégia de Saúde da Família devido a sua demanda cotidiana ser programada por agenda, garantindo um cuidado contínuo ao usuário, o que não ocorre no sistema de urgência e emergência o qual destina-se a atender a demanda espontânea. Essa percepção que pode ser evidenciado pelo relato "... na atenção primária a utilidade não é tão grande, porque raros são os casos que a gente tem de urgência e emergência." ^{13:46}.

Além disso, o Acolhimento com Classificação de Risco, que deveria ser uma prática realizada em um curto espaço de tempo, torna-se complexo e demorado pelo fato de o enfermeiro escutar toda a história do paciente e não apenas o motivo que o levou a procurar à equipe de Saúde da Família¹³. Os enfermeiros expressaram que a Classificação de Risco na Atenção Primária é inviável devido à realidade do serviço prestado diariamente e ao número mínimo de atendimentos realizados frente aos casos de urgência e emergência¹³. Além disso, foi verificada dificuldades com a utilização do sistema do Protocolo de Manchester devido à falta de capacitações e supervisões¹⁸. Um dos grandes desafios citados pelo estudo é a capacitação e mobilização dos profissionais a participarem de oficinas de capacitação para implementação da classificação de risco¹⁰. Outro fator apontado em estudo é a

sobrecarga de trabalho enfrentada pelos enfermeiros da ESF e o aumento da atividade burocrática, tornando o processo de acolhimento e promoção da saúde mecanizado¹³. A insatisfação entre os profissionais devido a demanda exacerbada é observada no estudo²⁰, o qual enfatiza alguns pontos negativos na inserção do protocolo na atenção primária. Dentre eles, destacam-se: a falta de tempo hábil aos atendimentos em casos de menor complexidade, perda de autonomia do profissional enfermeiro perante as rotinas da ESF, a mecanização do atendimento centrado apenas na doença ou queixa conduta, a omissão dos casos sociais advindo da demanda da atenção primária, descaracterizando o serviço e levando ao não cumprimento de alguns princípios do SUS²⁰.

Essa lógica é citada no estudo¹⁴, que alega um retrocesso na atenção primária em que ações específicas da saúde da família estão sendo adiadas por falta de tempo do enfermeiro para suprir as suas demanda e por infraestruturas limitadas nas unidades, reforçando a permanência do modelo biomédico e um estado de alienação por parte dos demais profissionais¹¹. Um exemplo disso é a fala a seguir: *“A gente tem uma agenda: de manhã na segunda-feira eu fico no Manchester, que é a classificação de risco. [...] Outra coisa também que a gente é igual uma máquina, a gente vai lá classifica, se você vê alguma que você pode intervir: não, não pode! Porque tem que ir pra consulta médica. Ai, se você quiser fazer alguma coisa, e fora do Manchester, porque você tem um tempo de classificação. Então restringiu muito o trabalho do enfermeiro”*¹⁴.

Essa situação também é evidenciada no estudo¹⁸, em que existe um rompimento na agenda pré-estruturada dos enfermeiros para acolhimento, ou seja, ao se utilizar a classificação de risco fica comprometida a agenda e outras atividades. Em relatos do estudo²¹, é possível evidenciar a insatisfação e falta de aderência dos profissionais frente ao protocolo. *“A gente não consegue classificar porque realmente a gente não tem esse protocolo, a gente não faz essa classificação no momento. (...) Não, a gente não faz classificação de risco, a gente só faz uma classificação de risco onde tem o protocolo dizendo o que vai ser feito em cada situação”*²¹.

Outro estudo refere um engessamento no atendimento levando o usuário a perder sua aptidão no processo de saúde/doença/cuidado, desmemoriando os aspectos subjetivos, afetivos, sociais e culturais que abrange o indivíduo como um

todo dentro do sistema de saúde⁴. Segundo autor¹⁸, a classificação de risco feita por cores tem trazido algumas indagações dos profissionais frente ao tempo de espera dos pacientes classificados em verde ou azul, que pode variar de duas a quatro horas, levando ao não direcionamento do paciente. Além disso, demonstra incoerência no protocolo quando se faz a triagem e não se direciona o atendimento além de contrariar os princípios éticos e legais que regem a profissão¹⁸.

De acordo com o estudo, a carência de infraestrutura física adequada representa um fator que dificulta uma escuta de qualidade, gerando problemas éticos por não conseguir preservar a integridade e privacidade das pessoas que procuram a unidade como referência¹².

Em verdade, o conhecimento sobre protocolo de Manchester ainda influi dúvidas. De acordo estudo¹⁵, os enfermeiros têm dificuldades no enfrentamento desta prática, principalmente no manejo do usuário desde a sua chegada na APS até a resolutividade do problema. Nesse sentido, é fundamental que, ao realizar acolhimento com classificação de risco (ACCR), os enfermeiros se sintam aptos para realizar tal atividade.

Potencialidades do Sistema de Triagem de Manchester na Atenção Primária à Saúde

Nessa categoria são descritas as potencialidades do Sistema de Triagem de Manchester na APS, ou seja, os pontos positivos identificados pelos enfermeiros e equipe de saúde que utilizam tal protocolo.

O enfermeiro, após abordar a queixa do paciente, digita todos os dados no Sistema de Triagem de Manchester (chamado de TRIUS).¹³ Essa classificação é feita por cor e indicação clínica, sendo que cada cor estipula o tempo para realização do atendimento.¹³ Assim, ao finalizar o acolhimento, quando o caso é classificado, o enfermeiro se respalda legalmente por possuir um documento que comprove o estabelecimento da prioridade do paciente¹³. Porém, para o registro correto no sistema, o enfermeiro precisa ter um curso sobre o Protocolo de Manchester e ter o mínimo de conhecimento para manusear o TRIUS; da mesma forma, foi destacada a necessidade de supervisionar o modo de realização da classificação de risco¹³.

A educação permanente é citada como medida estimuladora para conscientizar o profissional no processo capacitação, estimulando o senso de

percepção e o conhecimento teórico-prático, permitindo um olhar clínico mais aguçado, melhor que qualquer máquina possa fornecer via dados do aparelho TRIUS¹⁰. Para facilitar esse processo de aprendizagem do Sistema de Triagem de Manchester, a simulação da prática profissional pode garantir uma assistência isenta de eventos adversos. Também é percebido como facilitador da aprendizagem os jogos digitais, os quais têm favorecido a aprendizagem ao proporcionar a educação e motivação da equipe¹⁵.

Um processo de trabalho resolutivo se faz necessário, garantindo ao enfermeiro segurança e respaldo profissional. Fica evidente no estudo a necessidade de implantação de um protocolo para utilização do Sistema de Triagem de Manchester municipal adaptado para APS²¹. Uma medida resolutiva para sobrecarga de trabalho apontada pelo estudo seria a implantação da equipe de apoio nas unidades, apenas com os usuários com queixas agudas sendo direcionados para o atendimento. Nesses casos, um médico e/ou enfermeiro responsável ficaria no atendimento exclusivo de urgência e emergência, não havendo sobrecarga aos profissionais APS, que não deixariam de realizar as ações de promoção e prevenção à saúde¹⁸.

DISCUSSÃO

A triagem surgiu como um método para otimizar o atendimento e minimizar os danos causados pela superlotação, identificando os pacientes que precisam de cuidados mais urgentes. Dessa forma, os pacientes são classificados de acordo com a gravidade clínica, nível de sofrimento e riscos para sua própria saúde²². O *Manchester Triage System* é um sistema de classificação de prioridade e previsão de risco para paciente que procuram atendimento de emergência²³. O objetivo é padronizar o serviço, fornecendo suporte e a tomada de decisão quando um paciente entra no serviço de saúde, de forma que os usuários sejam vistos em ordem de gravidade de sua condição clínica em vez de ordem de chegada²³.

Uma das categorias evidenciadas nos resultados se refere aos avanços no acesso através do Sistema de Triagem de Manchester na visão dos profissionais da saúde. Estudo de Chianca *et al*²⁴ corrobora com os resultados encontrados em nosso estudo ao identificar que a classificação de risco em um hospital de urgência também é realizado por enfermeiros. Da mesma forma, uma revisão da literatura de Camara

*et al*²⁵ reforça que o enfermeiro é o profissional habilitado em realizar triagem, Lei do exercício profissional (Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986²⁶), sendo indispensável a capacitação do enfermeiro para exercício da triagem. Vale destacar ainda, que só é possível realizar a classificação de risco pelo Sistema de Triagem de Manchester no Brasil, Médicos e enfermeiras que tenham certificação pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

Estudo também refere que a implantação de um sistema por si só não garante o atendimento no tempo adequado, sendo necessário a criação de fluxos assistenciais e gerenciais para além da classificação de risco que viabilizem o acesso aos serviços, com profissionais adequados e no tempo adequado, de acordo com o nível de risco do paciente²⁴.

Ainda, quanto aos aspectos dos avanços da classificação de risco, essas podem ser entendidas como uma nova lógica de atendimento na APS que possibilita a prática da equidade, a produção de acesso ao sistema de saúde e a garantia de assistência²⁷. Emerge a concepção do acolhimento como projeto de humanização no âmbito do sistema público de saúde que conjuga um posicionamento ético-político inovador²⁷. Portanto, acredita-se que o acolhimento pode ser identificado como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho, que aposta na relação entre profissional e usuário, com base na escuta, na responsabilização e no compromisso com a resolutividade²⁸. Na APS deve haver oferta de ações de cuidado com base no acolhimento e escuta qualificada, por meio de um serviço humanizado e resolutivo a toda a população²⁹.

Como já referido anteriormente, cabe legalmente ao enfermeiro o papel principal no acolhimento³⁰. O papel do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco está instituído desde a Resolução COFEN número 423/2012 do Ministério da Saúde, que regulamenta os serviços de urgência²⁹. Porém, vale destacar que o acolhimento à demanda espontânea e o atendimento às urgências em uma unidade de saúde diferencia-se do atendimento a serviços de urgência e emergência, pelo simples fato da APS trabalhar em equipe, por conhecer toda a população, possuir registro em prontuário, possibilitar o retorno com a mesma equipe de saúde, acompanhamento do agravamento do quadro de saúde do usuário e estabelecimento de vínculo com o mesmo, e não somente um atendimento pontual³¹. Nesse sentido,

o papel do enfermeiro dentro da APS é estratégico para a transformação do modelo de atenção à saúde.

A Classificação de risco pode ser realizada à partir de registros manuais ou eletrônicos. Estudo corrobora com os nossos resultados ao descrever que os registros eletrônicos permitem lidar com uma quantidade de informações complexas de forma organizada e rápida. Dentre as vantagens da utilização do registro eletrônico na aplicação do Sistema Manchester destaca-se o auxílio ao enfermeiro no processo de tomada de decisão, minimização das falhas decorrentes da ausência ou excesso de registros e proporciona menor tempo gasto durante a classificação³².

O protocolo de Manchester, por ter sido desenvolvido para ser utilizado nos serviços de urgência e emergência, apresenta alguns fatores que dificultam o seu uso na APS, sendo necessárias adaptações para o seu uso eficaz nas unidades de saúde²⁰. A partir dos resultados é possível evidenciar os desafios dos profissionais da APS frente a implantação do Sistema de Triagem de Manchester, reforçando a necessidade de avaliar a aplicabilidade dele a nível de primário, evitando o engessamento das atividades voltada à rede básica de assistência³³.

De acordo com estudo³⁴, o acolhimento com classificação de risco configura-se um processo dinâmico, que tem por finalidade redirecionar o usuário conforme critérios de gravidade, por meio dos sinais e sintomas relacionados a queixa principal e não mais por ordem de chegada³⁴. É fundamental que as unidades de saúde estejam inseridas e produzam concretas relações com o conjunto dos serviços que constituem a rede de atenção às urgências²⁹.

Dessa forma, a APS deve atender à demanda espontânea, principalmente os casos de pacientes crônicos em episódios de agudização e urgência de menor gravidade. Nessas situações de emergência, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar manobras de suporte básico de vida e acionar os serviços de remoção para que haja a adequada continuidade do atendimento²⁹. Para tanto, é fundamental que a unidade básica possua adequada retaguarda pactuada para o referenciamento de usuários que necessitem de outros serviços²⁹. Frente à isso, acredita-se que o acolhimento com classificação de risco com base no Protocolo de Manchester sem adaptações para a APS terá inúmeros desafios na sua aplicação.

A categoria dos limites e desafios do acesso aos serviços de saúde devido a utilização do Protocolo de Manchester também foi evidenciada em nosso estudo. Daí a necessidade de educação permanente em saúde para utilização do Sistema de Triagem de Manchester na APS, discutindo as dificuldades na utilização desse protocolo, refletindo novas possibilidades e conhecimentos que são inerente ao processo de trabalho da APS. Estudo refere que a transformação do modelo de atenção à saúde no SUS pode ser potencializada pela incorporação da educação permanente, como dispositivo que proporcione autoanálise e mudanças no cotidiano dos serviços de saúde³⁵. Em concordância, autor³⁶ reforça que a educação permanente tem buscado reorientar o modelo de atenção à saúde, qualificando as práticas do cuidado a indivíduos com condições crônicas de forma reflexiva e crítica na compreensão de sua realidade em um planejamento coletivo atrelado ao conhecimento da população adscrita, na busca de diminuir a fragmentação da gestão do cuidado. Outro estudo refere que a classificação de risco deve ser realizada por enfermeiro, preferencialmente com experiência em serviço e após capacitação prévia para a utilização do protocolo, pois isso pode aumentar a confiabilidade da classificação de risco³⁷.

A APS tem que se constituir em uma “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços. Nesse sentido, nosso estudo evidenciou que a aplicação do Protocolo de Manchester gera uma sobrecarga de trabalho para o enfermeiro, pois todos os usuários que acessam a unidade precisam ser triados e classificados independentemente do tipo de queixa apresentada. Estudo corrobora com nossos achados ao afirmar que, ao atender casos independentes da sua gravidade, acarreta em uma sobrecarga de atendimento e assistência fragmentadas baseada apenas na queixa³⁸.

O processo de construção do enfermeiro dentro da atenção primária envolve diferentes atitudes e posicionamentos de acordo com subjetividade do trabalho em saúde, envolvendo escolhas e valores na tomada decisão, competindo-lhe o compartilhamento de demandas com os demais profissionais¹⁴. A sobrecarga de trabalho dificulta a prestação de um atendimento integral, tornando a assistência fragmentada, com foco em ações imediatas e específicas para a queixa apresentada, desarticulando o cuidado². Os resultados apontam que pode ocorrer uma

mecanização do cuidado². Ao classificar o risco dos usuários deve-se considerar as desigualdades das demandas, implicando em humanizar a assistência à saúde, compreender cada pessoa em sua singularidade e com suas necessidades específicas².

O Protocolo de Manchester, se utilizado de forma isolada, não será suficiente para atender as demandas dos usuários, pois elas envolvem outros fatores como aspectos culturais e sociais, os quais também são fundamentais para uma adequada avaliação de risco de cada pessoa. Assim, percebe-se a não adequação aos princípios do SUS. O princípio da integralidade é atendido ao assistir o usuário em todas as suas necessidades. O princípio da equidade significa tratar de forma “desigual” cada demanda apresentada, no sentido de priorizar os mais necessitados. Segundo Coloni³⁹, é possível refletir sobre as limitações profissional na perspectiva teórico prático da clínica, com vistas a uma educação permanente afim de assegurar ao profissional confiança durante a classificação. Ao se otimizar o atendimento, reforçasse a universalidade, outro princípio do SUS⁴⁰.

Ressalta-se que o STM pode se configurar como oportunidade de viabilizar o encontro humanizado, oferecendo subsídios para a atenção integral, contínua e segura⁴. No entanto, a utilização dessa ferramenta na APS exige análise constante, tendo em vista que não foi pensada para ser utilizada nesse contexto. A enfermagem precisa conhecer a realidade da APS e articular seus conhecimentos gerenciais ao cuidado prestado aos usuários - isso pode transformar sua prática através de melhores estratégias de acolhimento e agregar cada vez mais qualidade à assistência.

O estudo procurou avaliar a maior parte da literatura existente. No entanto, algumas limitações nesse processo podem ocorrer, vez que provavelmente existam pesquisas publicadas em outros idiomas e em bases de indexação não incluídos neste estudo. Da mesma forma, os autores reconhecem que importantes pesquisas publicadas podem ter sido omitidas usando a nossa estratégia de busca.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu evidenciar que o Sistema de Triagem de Manchester pode ser visto como uma ferramenta para sistematizar o atendimento na APS, desde que adaptado para ser utilizado nessa realidade, permitindo, assim, avaliação dos

usuários de acordo com a sua necessidade de saúde. Nesse sentido, para implementar o ACCR na APS foram evidenciados facilitadores e dificultadores no processo de implantação desse sistema.

Diante disto, ressalta-se a necessidade de aprimoramento para implantação desse sistema a fim de que ele esteja voltado às necessidades da APS de modo a cumprir com os princípios do SUS de forma equânime. Destaca-se a necessidade de novas pesquisas voltadas a melhor compreensão dos possíveis impactos da operacionalização do STM na prática dos serviços de APS. O estudo contribui com reflexões sobre a necessidade de investimento na manutenção de educação permanente nos serviços saúde para realizar o ACCR na APS visando à qualificação do cuidado e à melhoria das condições de trabalho nesse âmbito.

REFERÊNCIAS

- 1 O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5): 2395-04.
- 2 Roncalli AA, Oliveira DN, Silva ICM, Brito, RF, Viega SMF. Protocolo de Manchester e População Usuária na Classificação de Risco: Visão do Enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2017;31(2):1-10.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização de Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Ministério da Saúde.2009.
- 4 Moreira DA, Tibaes, HYBB, Batista, RCR, Cardoso, CML, Brito, MJM. O Sistema de Triagem de Manchester na Atenção Primária à Saúde: Ambiguidades e Desafios Relacionados ao Acesso. 2017;26(2):1-8.
- 5 Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005;8(1):19-32.
- 6 Levac D, Colquhoun H, O'brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*. 2010;5(1):1-9.
- 7 JBI. Joanna Briggs Institute. Reviewer's manual: 2015 edition/supplement. The University of Adelaide. Austrália; 2015.
- 8 Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*; 2018.

- 9 Barra SAR, Oliveira LML. O acolhimento na atenção primária à saúde: dispositivo disparador de mudanças na organização do processo de trabalho? Rev APS. 2012;15(2):126-38.
- 10 Silva PM, Barros KP, Torres HC. Acolhimento Com Classificação de Risco na Atenção Primária: Percepção dos Profissionais de Enfermagem. Reme - Revista Mineira de Enfermagem [Revista em Internet], abr./jun. 2012 [24 de maio de 2020]; 16(2): 225-31. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/523>
- 11 Caçador BS. Configuração identitária do enfermeiro na estratégia de saúde da família. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
- 12 SOUZA VAV. Implantação de acolhimento com avaliação e classificação de risco nas unidades de atenção básica e no pronto atendimento no município de Pará de Minas MG: Resultados e mudanças percebidas pelos profissionais atuantes. Pompéu: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
- 13 Oliveira LR. Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária a Saúde. Lis Ribeiro de Oliveira. [dissertação]. Mestrado em Atenção à Saúde. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2015.
- 14 Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. REME rev. Min. Enfermagem. 2015;19(3):612-26.
- 15 Moreira DA, Tibães HBB, Batista, RCR, Cardoso CML, Santos C.da S, Brito MJM. Manchester Screening System in Primary Health Care: a new hosting way? International Archives of Medicine. 2015;8(261):1-9.
- 16 Leite MPS et al. Proposta de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a atenção primária a saúde de um município de Minas Gerais. Braz. J. Surg. Clin. Res. 2016;15(3):23-30.
- 17 Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Processos organizacionais na Estratégia Saúde da Família: uma análise pelos enfermeiros. Acta Paul Enferm. 2016;29(3):274-81.
- 18 Moreira DA. Protocolo de Manchester na atenção primária à saúde: visão de profissionais, usuários e gestores. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
- 19 Queiroz RLB. O uso do protocolo de Manchester na atenção básica e suas implicações. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família; 2013.

- 20 COSTA AB et al. Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). *Enfermería Actual de Costa Rica* [revista em Internet], 2018 [24 de maio de 2020]; 35. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S140945682018000200103&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- 21 Azeredo TR, Guedes HM, Rebelo de Almeida RA, Chianca TC, Martins JC. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing*. 2015;23(2):47-52.
- 22 Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, Luitse JSK. Comparison of informally structured triage system, the Emergency Severity Index, and the Manchester Triage System to distinguish patient priority in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2011;18(8):822-29.
- 23 Chianca TCM, Costa RM, Vidigal MV, Silva LCR, Diniz GA, Araújo JHV, Souza CC. Tempos de espera para atendimento usando Sistema de Triagem de Manchester em um hospital de urgência. *REME - Rev Min Enferm*. 2016;(20):e988.
- 24 Camara RF, Paulino TS, Pereira FCC, Nelson ICASR, Rocha KM, NETO LI. O papel do enfermeiro no processo de classificação de risco na urgência: uma revisão. *Revista Humana Ser - UNIFACEX, Natal-RN*. 2015;1(1):99-114.
- 25 Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1986.
- 26 Speroni AV, Menezes RA. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. *Caderno Saúde Coletiva*. 2014;22(4):380385.
- 27 Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa na mudança do processo de trabalho em saúde. *Revista APS*. 2007;10(2):10615.
- 28 Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à Demanda Espontânea. *Cadernos de Atenção Básica*. 2012.
- 29 Cofen. Resolução COFEN nº 423/2012. Normatiza, no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. COFEN. 2012.
- 30 Cassettari SSR, Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. *Texto contexto - enfermagem* [Internet], 2017 [24 de maio de 2020]; 26(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072017000100308&script=sci_abstract&tlng=pt

- 31 Cicolo EA, Peres HHC. Electronic and manual registration of Manchester System: reliability, accuracy, and time evaluation. *Rev. Latino-Am. Enfer.* 2019; 27:e3241.
- 32 Barbosa MAF, Marra VR, Horta NC, Rodrigues ES. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. *Rev. APS.* 2011;14(2):233-38.
- 33 Oliveira KKD et al. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. *Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte.* 2013;17(1):148-56.
- 34 Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Educação permanente nos serviços de saúde. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(4):e20160317.
- 35 Lopes MTSR, Labegalini CMG, Silva MEK, Baldissera VDA. Educação permanente e humanização na transformação das práticas na atenção básica. *REME - Rev Min Enferm.* 2019; 23:e-1161.
- 36 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.
- 37 Garcia VM, Reis RK. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):261-67.
- 38 Coloni CSM. Acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea: as necessidades de aprendizagem de enfermeiros da atenção primária à saúde. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2018.
- 39 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

ANEXO 1 – NORMAS EDITORIAIS DO PERIÓDICO

INFORMAÇÕES GERAIS

(<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/about/submissions#authorGuidelines>)

- O JONAH segue o *Code of Conduct of Best Practices Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org/>), bem como as orientações do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), <http://www.icmje.org> e Declaração de Singapura sobre Integridade em Pesquisa <https://wcrif.org/guidance/singapore-statement>.
- Os artigos para publicação devem ser enviados **exclusivamente** ao Journal of Nursing and Health (JONAH), não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, quer na íntegra ou parcialmente e também que os manuscritos sejam originais e inéditos;
- O encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os dados, são de inteira responsabilidade dos autores que estão submetendo o manuscrito;
- Também são de exclusiva responsabilidade dos autores, as opiniões e os conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão e a procedência das citações, não refletindo necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e do Conselho Editorial do JONAH. - O periódico não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores;
- A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema *online* no endereço <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/index>
- Todos os autores deverão ser cadastrados na página do JONAH e não serão cobradas taxas para a submissão de artigos, sendo que, uma vez submetido o artigo, a autoria não poderá ser modificada.
- No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado em um idioma (português (BR), inglês, ou espanhol), sendo que o título e o resumo devem ser apresentados nos três idiomas;
 - No momento da submissão, o autor deverá anexar no sistema os devidos documentos listados abaixo (os documentos devem ser digitalizados em **PDF**, exceto o documento do **manuscrito que é em WORD**):
- Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, se a pesquisa envolveu seres humanos;
- Formulário de Declaração de Direito Autoral, preenchido e assinado por todos os autores;
- **Arquivo do manuscrito em word (.DOC/.DOCX)**; - Declaração de Conflito de Interesses (se houver).

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

- A revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados, via *online*, pelos autores, que recebem um protocolo numérico de identificação. Posteriormente, todos os manuscritos são previamente apreciados pelo Editor no tocante à **ADEQUAÇÃO** às normas de **FORMATAÇÃO** e **ESTRUTURA** do Journal of Nursing and Health (JONAH).
- Utiliza-se o sistema duplo-cego de avaliação por pares (*double blind peer review*), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Assim, ao serem preliminarmente considerados adequados pelo Editor, os manuscritos são encaminhados para dois consultores *ad hoc* de reconhecida competência na temática abordada, contando com avaliadores externos à instituição da revista, bem como ao país. Havendo desacordo entre esses, o artigo é enviado para uma terceira avaliação. No caso de identificação de

conflito de interesse por parte dos consultores, o manuscrito é encaminhado para outro consultor.

- O prazo para a devolução dos pareceres é de, no máximo, quinze (15) dias, a contar da aceitação de apreciação pelos avaliadores. Caso contrário, envia-se para outros consultores. Em persistindo a não aceitação, dois membros do Conselho Editorial avaliarão o artigo.
- Os manuscritos que **NÃO** cumpram as normas, por **incompletude** ou **inadequação**, são **sumariamente devolvidos**, sendo solicitada a **leitura atenta às normas**. O autor tem **cinco (5) dias** para realizar os ajustes. Caso não seja atendida a solicitação, o manuscrito é **arquivado** e, havendo interesse em publicá-lo, deve ser **submetido novamente**, iniciando **novo processo de julgamento por pares**.
- Os artigos que **cumprem as normas** da revista são avaliados pelos consultores no que se refere ao **mérito**, à **originalidade**, à **pertinência de seu conteúdo**, à **qualidade acadêmica**, à **conveniência de publicação** e à **relevância para a Enfermagem e áreas afins**.
- Os manuscritos serão, portanto, aceitos, reformulados ou recusados. Em qualquer um dos casos, o autor é comunicado. Os manuscritos recusados poderão ser reenviados, com nova submissão, iniciando outro processo de julgamento por pares. Os **pareceres dos avaliadores** são **disponibilizados online para o autor** responsável pela submissão. Caso sejam solicitadas **reformulações** no manuscrito, o autor responsável pela submissão tem o **prazo de dez (10) dias** para atender tais solicitações. Caso contrário, o artigo é arquivado após o envio de comunicado para todos os autores, por entendermos não haver interesse em atender a solicitação para ajustes, de acordo com as avaliações realizadas. No entanto, se ainda houver interesse em publicá-lo, o artigo deve ser submetido novamente, iniciando novo processo de julgamento por pares.

PUBLICAÇÃO

Os artigos serão publicados em versão *online* em acesso aberto no idioma que foi enviado para submissão. O tempo entre a submissão e a publicação do artigo em média tem sido de seis meses, devido ao tempo de prorrogação dos prazos que os avaliadores ad hoc solicitam. Em um fluxo editorial em que o artigo é submetidos devidamente nas normas e os avaliadores respondem no prazo, considera-se 15 dias na avaliação de checklist, 45 dias no processo de avaliação por pares, 15 dias de correções pelos autores, 15 dias de revisão de idiomas, diagramação e layout e publicação. O artigo de autores de Pelotas e do Estado do Rio Grande do Sul após o aceite poderá demorar para ser publicado devido aos critérios de endogenia, respectivamente, local e regional, tendo espaço máximo para cada endogenia de 30% na composição do número.

REGISTROS DE ENSAIOS CLÍNICOS

O Journal of Nursing and Health apóia políticas para registros de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/>. O número de identificação *Universal Trial Number* (UTIN) deverá ser registrado ao final do resumo. *International Clinical Trials Registry Platform* (ICTRP): <http://apps.who.int/trialsearch/>

CATEGORIAS DE ARTIGOS

A apresentação dos manuscritos deverá obedecer à regra de formatação definida pelas normas a seguir, diferenciando-se apenas pelo número permitido de páginas em cada uma das categorias.

- **Artigos originais:** é uma contribuição científica destinada a divulgar resultados de pesquisa original que não tenha sido publicada ou submetida em outros meios de divulgação. Limite Máximo de 25 páginas (sem contar a lista de referências).
- **Revisões sistemáticas ou integrativas:** constitui uma avaliação crítica ampliada e sistematizada da literatura sobre determinado assunto de relevância para a enfermagem e/ou para a saúde, devendo conter os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e os limites do tema, finalizando com conclusões do autor. Não serão aceitas outras modalidades de revisão (ex: de literatura, narrativa, etc). Limite Máximo de 30 páginas e TODAS as referências deverão ser citadas na lista final, inclusive as que constam nos quadros.
- **Caso clínico:** se caracteriza por abordar questões clínicas ou teóricas inéditas e relevantes para o diagnóstico, manejo clínico e procedimentos. O relato deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes para o esclarecimento do problema. A discussão deverá contrapor dados do caso apresentado (semelhanças e diferenças) com casos da literatura. Limite Máximo de 15 páginas.
- **Relato de experiência:** descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, devendo estar amparada em referencial teórico que dê subsídios a sua análise. Limite Máximo de 12 páginas.
- **Artigos de atualização:** são trabalhos que tem por objetivo a descrição, a interpretação sobre determinado assunto, considerado relevante ou pertinente na atualidade. Deve ser elaborado por um especialista na respectiva área do conhecimento, devendo conter comentários sobre limitações metodológicas, implicações para a prática clínica ou para a pesquisa. Limite Máximo de 10 páginas.
- **Editoriais:** os editoriais são escritos ou encomendados pelos editores, abordando temas contemporâneos de enfermagem, de áreas afins ou sobre as temáticas abordadas no volume respectivo. O autor deve ressaltar as contribuições do artigo apontado e comentar aspectos semelhantes eventualmente já publicados pela nossa revista em artigos anteriores, quando pertinentes. Limite Máximo de 02 páginas.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

A apresentação dos manuscritos deve obedecer à regra de formatação definida nestas normas, diferenciando-se apenas no número permitido de páginas em cada uma das categorias.

• REDAÇÃO

Os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo e ressaltando a terminologia científica condizente. Recomenda-se que o(s) autor(es) busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos.

• AUTORIA

O conceito de autoria está respaldado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica, conforme recomendações do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>

• FORMATAÇÃO

Os manuscritos devem ser encaminhados em editor de texto MS Word (.doc/.docx).

Especificações da formatação:

- a) Os nomes dos autores, titulação, instituição a qual pertencem e função NÃO deverão constar no documento do artigo, somente nos METADADOS DE SUBMISSÃO. ATENÇÃO: a IDENTIDADE ORCID É OBRIGATÓRIA. Para quem não possui cadastro, fazer neste link: <HTTPS://ORCID.ORG/> Para quem possui cadastro consulte aqui: <HTTPS://ORCID.ORG/ORCID-SEARCH/QUICK-SEARCH/?SEARCHQUERY=>
*Ao inserir o link correspondente ao ORCID ID dos autores nos metadados, atentar para a exclusão do 's' do http's'. Nos metadados, na biografia dos autores, deve constar: **FORMAÇÃO ACADÊMICA. MAIOR TITULAÇÃO CONCLUÍDA. INSTITUIÇÃO DE AFILIAÇÃO.***
- b) A4 (21 cm x 29,7 cm), com margens laterais, superior e inferior de 2,5 cm cada;
- c) Fonte Trebuchet MS, tamanho 12;
- d) O número de páginas deve obedecer à categoria do artigo, sendo contado a partir da primeira página (títulos, resumos em todos os idiomas e descritores).
- e) Na primeira página, deverão conter os títulos, resumos e descritores, todos nos três idiomas – português, inglês e espanhol - espaçamento simples (0 pt);
- f) O corpo do texto deverá estar logo abaixo dos resumos, seguindo as orientações: justificado, espaço entre linhas 1,5 (0 pt) em todo o texto e referências. O título das seções deve ser em caixa alta e negrito: INTRODUÇÃO, MÉTODO (MATERIAIS E MÉTODOS para revisões), RESULTADOS; DISCUSSÃO (quantitativa ou qualitativa) ou RESULTADOS e DISCUSSÃO (qualitativa), CONSIDERAÇÕES FINAIS ou CONCLUSÕES. Os subtítulos devem ser em negrito e ter somente a primeira letra em maiúscula. O recuo da primeira linha de cada parágrafo deve ser de 1,25 cm.
- g) Se o trabalho que originou o manuscrito tiver auxílio financeiro, deve ser indicado obrigatoriamente o nome da agência financiadora (em nota de rodapé do título), porém o artigo NÃO deve conter informações diretas sobre a pesquisa do qual se originou. Assim, se for elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia, dados como título, ano e instituição na qual foi apresentada somente deverão ser incluídos se o artigo for aceito na versão de publicação. No entanto, o nome do orientador deve ser incluído como autor;
- h) Referências (estilo Vancouver), devendo ser atualizadas (nos últimos cinco (05) anos - 2015 a 2019) em torno de 70% e, de periódicos em torno de 70%. Não utilizar anais de eventos e informações de sites. O limite de referências é no máximo 30, excetuando-se para artigos de revisão (não possui limite).
- i) Não será permitido o uso de notas de fim de página no corpo do texto do artigo.

ESTRUTURA

Primeira página Apresentar:

- a) Categoria do artigo no canto superior direito em caixa alta;
- b) Na primeira página deverá conter todos os títulos em negrito, centralizados, somente a primeira letra em maiúscula, salvo nomes próprios e com no máximo 15 palavras em todos os idiomas (português, inglês e espanhol). Não poderão ser utilizadas SIGLAS. Após os títulos, deverão constar os resumos nos três idiomas (resumo, abstract, resumen), sendo cada um, com um limite máximo de 150 palavras. Após cada resumo, em nova linha, incluir os descritores. TODOS os elementos da primeira página (títulos, resumos e descritores) deverão estar com espaçamento simples. Os títulos, resumos e descritores em inglês e espanhol deverão ser colocados em itálico.
- c) **O resumo deve conter:** **Objetivo:** iniciar com o verbo no infinitivo. **Método:** tipo de estudo, população, amostra, critérios de seleção da amostra, período de coleta de dados, instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados. **Resultados (não incluir a palavra discussão):** os principais resultados discutidos com a literatura e impressões dos autores. **Conclusões:** responder ao objetivo. Lembre-se: Após os dois pontos (:) de cada seção iniciar com letra minúscula.
- d) **Descritores:** indicar de três (3) a cinco (5) termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], na página <http://decs.bvs.br/>, seguido do sinal de dois pontos (:). Os descritores devem ser apresentados somente com sua primeira letra em maiúscula e serão separados por ponto e vírgula (;). **Não usar os termos:** Palavras-chave, Keywords e Palabras clave. **UTILIZAR:** Descritores, Descriptors e Descriptores, respectivamente.

Texto

Deve vir logo abaixo do término dos resumos.

Os textos de manuscritos originais, estudos de casos clínicos, de revisões de literatura sistemática e integrativa devem apresentar: INTRODUÇÃO; MÉTODO (MATERIAIS E MÉTODOS para revisões); RESULTADOS; DISCUSSÃO (em pesquisas quantitativas os resultados e discussão deverão estar separados; em qualitativas poderão estar juntos ou separados); CONSIDERAÇÕES FINAIS (qualitativo/reflexão/relato de experiência) /CONCLUSÕES (quantitativo); AGRADECIMENTOS (opcional); REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver).

- (1) **INTRODUÇÃO:** Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, incluindo referências estritamente pertinentes.
- (2) **MÉTODO:** Os Artigos Originais e Relatos de Casos Clínicos devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados. Necessariamente devem explicitar o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos ou animais, bem como fazer referência a aprovação em comitê de ética, com o respectivo NÚMERO DE PROTOCOLO. Para os autores brasileiros, as Resoluções 196/96 (para pesquisas que foram realizadas antes da publicação da resolução de 2012) ou 466/12 (para pesquisas que foram

realizadas após a publicação da resolução de 2012) do Conselho Nacional de Saúde devem ser consideradas. Para os autores estrangeiros, considerar a Declaração de Helsinki, disponível na página <http://www.wma.net>

Já as Revisões Sistemáticas e Integrativas devem descrever o tipo de estudo, os procedimentos adotados para a revisão, tais como as estratégias de busca, seleção e avaliação dos artigos, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Atentar a descrição detalhada do método, os checklists PRISMA, MOOSE trazem os itens necessários.

(3) RESULTADOS: Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. O texto deve complementar, e não repetir, o que está descrito em tabelas e figuras. **As tabelas, figuras e quadros estão limitados a cinco (5) no total.** Em pesquisas qualitativas, se aceita que a discussão seja associada aos resultados.

a) Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de layout, em preto e branco, com espaçamento entrelinhas simples, inseridas no texto, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que foram citadas, inseridas tão logo citadas, e não ao final do artigo. O título deve ser breve, de no máximo duas linhas, que inclua apenas dados imprescindíveis, como a localização e o ano, inserido acima da tabela, em fonte Trebuchet MS, tamanho 12, com apenas a primeira letra maiúscula, e sem ponto final. As notas explicativas devem ser colocadas abaixo das tabelas, com tamanho máximo de três linhas, contendo informações sobre a fonte dos dados e explicando todas as abreviaturas não padronizadas utilizadas. Se forem usados dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Empregar em cada coluna da tabela, um título curto ou abreviado.

A tabela NÃO poderá ultrapassar uma página. NÃO utilizar linhas horizontais ou verticais internas e nem grades laterais. Somente os títulos e subtítulos podem estar em negrito.

b) Figuras – quadros, fotografias, desenhos, gráficos são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução pelo editor de layout, de acordo com o formato do Journal of Nursing and Health, inseridas no texto, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, com tamanho máximo de três linhas. As figuras devem ter no Máximo 500 KB e ser elaboradas no programa Word ou Excel ou convertidas em figura do tipo BMP, atentando para a qualidade da resolução da imagem em no mínimo 300dpi. O tamanho da figura não poderá ultrapassar uma página no formato em retrato e nem ultrapassar as margens laterais. Se forem usadas figuras de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Em caso de gráficos, o eixo vertical (y) deve vir formatado em 100 ou 100%. àNo quadro podem ser inseridas as grades laterais.

Observação: As tabelas e figuras aceitas nos manuscrito não devem exceder em conjunto o máximo de cinco (5).

c) Citações - utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las no texto com os números correspondentes sobrescritos, sem deixar espaço entre a palavra e o número da citação. Se for ao final da frase, indicar o número após o ponto. (Ex.: ... cuidado de enfermagem.¹). Se houver vírgula, o número deve ser indicado antes da mesma. (Ex.: ... na enfermagem¹, a comunicação é fundamental). Não mencionar o nome dos autores, excluindo expressões como: “Segundo..., De acordo com...”. Quando se tratar de citação sequencial, separar os números por hífen, quando intercaladas devem ser separadas por vírgula (Ex.: ...cuidado de enfermagem^{1-5,9}). Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta), devem ser utilizadas aspas na sequência do texto. Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Recomendamos o uso de citações indiretas, preferencialmente.

d) Depoimentos - são frases ou parágrafos ditos pelos participantes de pesquisa. Não utilizar aspas e seguir a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,5 cm), fonte tamanho 12, em itálico, espaçamento duplo, com sua identificação entre parênteses codificada e sem itálico a critério do autor e posteriormente inserir um ponto final. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre parêntese (), ambas sem itálico. Já as Revisões Sistemáticas e Integrativas, os resultados devem conter uma análise comparativa dos trabalhos na área, em que se discutam os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa e devendo conter conclusões. Ainda, nos artigos de revisão as referências encontradas deverão ser citadas no decorrer dos resultados e também na lista final.

(4) DISCUSSÃO: Enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo. Deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, explorando as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica. Em pesquisas qualitativas, se aceita que a discussão seja associada aos resultados.

(5) CONSIDERAÇÕES FINAIS ou CONCLUSÕES (usar o primeiro para pesquisa qualitativa e o segundo para pesquisa quantitativa): Deve estar relacionada com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados. Incluir recomendações, quando pertinentes. **ATENÇÃO:** Não usar referências nas considerações finais/conclusões.

(6) Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo. Inserir somente se o artigo for aceito, na prova de leitura. Conforme Portaria 206 de 04 de setembro de 2018 é obrigatória a referência do apoio recebido: "O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001".

(7) Referências: Importante a minuciosa revisão da informação das referências. Em relação à semelhança com outros textos disponíveis online, há softwares (antiplágio) em versão gratuitas, sendo desejável o seu uso no manuscrito antes da submissão.

Consultar *softwares* **em:**
http://www.workshop.sibi.usp.br/relatorios/Lista_softwares_prevencao_plagio.pdf Esta revista adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas - Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org/> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida para o português). O número máximo de referências aceitas no manuscrito será de 25, excetuando-se nas revisões, que não possuem limite de referências.

As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Na lista de referências, estas devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que for mencionada pela primeira vez no texto. A referência de autor(es) faz-se pelo sobrenome, com a letra inicial em maiúscula, após um espaço, o(s) nome(s) abreviado(s) e sem ponto. O ponto final vai após o último autor, para separar do título da referência. Quando o documento possuir de um (01) a seis (06) autores, citar todos os autores, separados por vírgula. Quando possuir mais de seis (06) autores, citar todos os seis (06) primeiros autores, seguidos da expressão latina et al.

- Máximo 30 referências em estilo Vancouver, devendo ser atualizadas - nos últimos cinco (05) anos - 2015 a 2019 em torno de 70% e, de periódicos em torno de 70%.

- Sugere-se a inclusão de pelo menos uma referência internacional, devido a internacionalização das publicações.
- Incluir os links (endereço de site/URL) daquelas referências disponíveis online/na internet.
- Antes de submeter, verificar se os links estão correspondem ao título do artigo/autores, bem como o idioma título/link correspondente e se o link está ativo. Após essa verificação, atualizar a data de acesso do link na descrição da referência.
- Há preferência pela descrição da referência no idioma inglês, quando a publicação tiver essa versão, tendo em vista a internacionalização do acesso às publicações.