

# PERFIL DE ATENDIMENTO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO EM UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

BIONI, Hugo Ogassawara<sup>1</sup>  
TAKAHASHI, Alberto Fernando Shigueaki<sup>2</sup>  
SOUZA, Juliana Morandini de<sup>3</sup>  
GUISOLFI, Dionas Davila<sup>4</sup>  
CAVALLI, Luciana Osório<sup>5</sup>

## RESUMO

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foram criadas em 2003 pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Urgência e Emergência. Com essa criação fez-se necessária a adoção de protocolos de atendimento realizados pelas UPAs em todo Brasil, nos quais foram estabelecidas normas de acordo com a Portaria nº10, a qual prevê regras para o funcionamento das unidades de Emergência no Brasil. O código mais utilizado e que será, também, alvo de estudo é o Protocolo de *Manchester*. **Objetivo:** Avaliar o perfil de atendimento realizado pelas Unidades de Pronto Atendimento da cidade de Cascavel-PR. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo de corte transversal, realizado com dados retirados do sistema IPM utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR, que foram atendidas nas UPAs no período de Janeiro de 2017 até Dezembro de 2017. **Resultados:** Foram analisados 177.465 atendimentos realizados e separados conforme a classificação de risco de acordo com o protocolo de *Manchester* nas 3 UPAs do município. E, também, foram verificados 131.669 atendimentos conforme seu tempo de atendimento. **Conclusões:** Constatou-se que o perfil de atendimento realizado nas Unidades foi de maior número de consultas de classificação verdes e amarelas, diferentemente do que é preconizado pela Política Nacional de Urgência e Emergência. Ademais, verificou-se discrepâncias no tempo alvo estabelecido pelo Protocolo e no tempo de atendimento de cada paciente das UPAs.

**PALAVRAS-CHAVE:** Urgência, Emergência, Serviços Médicos de Emergência e Centros de Emergência.

## PROFILE OF ATTENDANCE IN UNITS OF READY AT A MUNICIPALITY OF THE WEST OF PARANÁ

### ABSTRACT

The Emergency Care Units (UPA) were created in 2003 by the Ministry of Health in the National Policy of Urgency and Emergency. With this creation, it was necessary to adopt protocols of service performed by the UPAs throughout Brazil, in which standards were established in accordance with Portaria n ° 10, which establishes rules for the operation of Emergency Units in Brazil. The most widely used code that will also be the target of study is the Manchester Protocol. Objective: To evaluate the service profile performed by the Emergency Care Units of the city of Cascavel-PR. Methodology: This is a cross-sectional retrospective study, carried out with data taken from the IPM system used by the Municipal Health Department of Cascavel-PR, which were answered at the PAUs from January 2017 until December 2017. Results: analyzed 177,465 consultations performed and separated according to the risk classification according to the Manchester protocol in the 3 UPAs of the municipality. Also, 131,669 visits were verified according to their time of service. Conclusions: It was verified that the service profile performed in the Units was of a greater number of green and yellow classification appointments, differently from what is recommended by the National Emergency and Urgency Policy. In addition, we verified discrepancies in the target time established by the Protocol and in the time of care of each patient of the UPAs.

**KEYWORDS:** Urgency, Emergency, Emergency Medical Services.

<sup>1</sup> Acadêmico do 8º período do curso de medicina do Centro Universitário FAG. Email: [hugobioni@hotmail.com](mailto:hugobioni@hotmail.com)

<sup>2</sup> Acadêmica do 8º período do curso de medicina do Centro Universitário FAG. Email: [albertotakahashi@gmail.com](mailto:albertotakahashi@gmail.com)

<sup>3</sup> Acadêmica do 8º período do curso de medicina do Centro Universitário FAG. Email: [ju\\_morandini@hotmail.com](mailto:ju_morandini@hotmail.com)

<sup>4</sup> Médico Clínico Geral – Diretor Clínico UPA Veneza. Email: [dionasguisolfi@gmail.com](mailto:dionasguisolfi@gmail.com)

<sup>5</sup> Orientadora e docente da disciplina de Programa de Aprendizagem em Saúde e Sociedade do Centro Universitário FAG. Email: [losoriocavalli@yahoo.com](mailto:losoriocavalli@yahoo.com)

## **1. INTRODUÇÃO**

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) foram criadas em 2003 pelo Ministério da Saúde, na política Nacional de Urgência e Emergência, e em 2017 ocorreu a publicação da Portaria nº 10 que efetivou essa política. Com isso, estabeleceu-se como objetivo das UPAs integrar a atenção às urgências (CASCAVEL, 2011). Essas Unidades são basicamente hospitais simplificados, que buscam diminuir as filas dos pronto-atendimentos hospitalares, funcionando 24 horas por dia e sete dias na semana e são aptas a resolverem grande parte das urgências e emergências. Além disso, as UPAs devem-se articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar regulados pelas Centrais de Regulação de Urgência e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde. Vale lembrar que as UPAs devem prestar atendimento resolutivo e qualificado acomedidos por quadros agudizados ou agudos de natureza clínica e prestar o atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma. Com isso, é de qualificação das unidades de Pronto Atendimento estabilizar esses pacientes e, também, investigação diagnóstica inicial de modo a estabelecer a conduta primária, bem como garantir o encaminhamento dos pacientes que necessitarem de atendimentos especializados (CASCAVEL, 2017).

Atualmente a atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde e Família, enquanto o atendimento de alta complexidade é feito pelos hospitais credenciados. As UPAs são unidades criadas para fazer o intermédio entre esses dois serviços e são reguladas na maioria dos casos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (CASCAVEL, 2013).

Existem poucos estudos que demonstram o perfil sociodemográfico de atendimento das Unidades de Pronto Socorro. Alguns apresentaram que a maioria dos atendimentos é composta por adultos jovens, em idade produtiva, sexo feminino com queixas de baixa complexidade, não estabelecendo tempo de espera para cada atendimento (OLIVEIRA et al., 2011). Esse trabalho visa verificar o perfil de atendimento realizado pelas unidades de Pronto Atendimento, identificar o número de atendimentos, analisar o tempo de espera de cada paciente e verificar se as UPAs do Município de Cascavel-PR estão de acordo com a Portaria nº10 de janeiro de 2017. Diferentemente dos estudos supracitados, esse projeto tem como objetivo apontar falhas ou não no uso da classificação de risco, bem como se o tempo de atendimento está de acordo com a classificação e comparando com a Portaria nº 10.

## 2. MÉTODOS

Este estudo foi realizado com dados de atendimento das Unidades de Pronto Atendimento do município de Cascavel-PR. A população do presente do estudo foi composta por pacientes, de ambos os sexos e todas as faixas etárias, que foram atendidos nas UPAs no período de janeiro de 2017 até dezembro de 2017. Os dados foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde por meio do Software -IPM. Os mesmos são compostos por prontuários realizados nas UPAs.

Os procedimentos para a coleta de dados seguiram os seguintes passos: obtenção dos dados – número de pacientes atendidos por dia, semana, mês no período do dia 01 de Janeiro de 2017 até dia 31 de dezembro 2017- junto à Secretaria de Saúde; também foi analisada a distribuição dos atendimentos por cor - protocolo de *Manchester* -, bem como o tempo de espera para cada atendimento conforme a cor de classificação; separação da amostra; análise dos dados relevantes. Além disso, foram excluídos fichas de atendimentos de cor azul, pois essas não relatavam fielmente os dados em que o estudo se baseava, também foram excluídos da pesquisa pacientes sem classificação por cor no sistema IPM, bem como pacientes com tempos de atendimentos superiores a 12 horas, uma vez que foi constatado erro do sistema nos prontuários de pacientes com tempo de atendimento acima de 12 horas. Artigo aprovado pelo comitê de ética CAAE: 83771717.0.0000.5219.

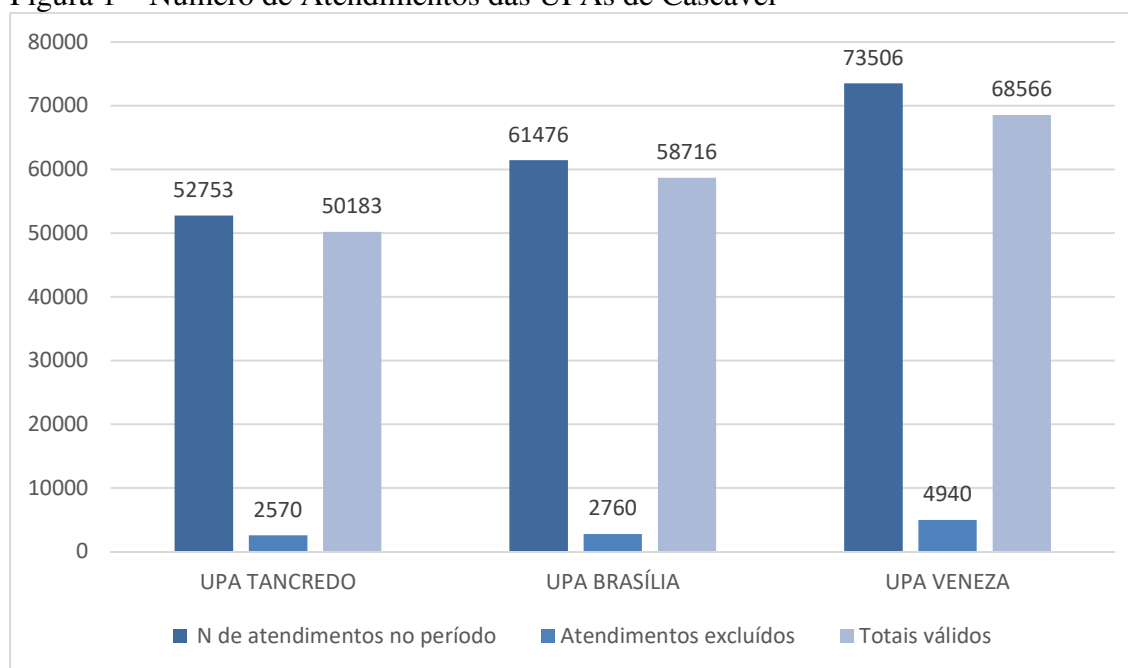
## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 NÚMERO DE ATENDIMENTOS

Mesmo com a ampliação da oferta de serviços de atenção Básica desde 1990, no Brasil, grande parte da população procura consultas médicas em pronto socorros de hospitais e UPAs (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). Com isso analisando número de atendimentos realizados na Cidade de Cascavel-PR no período do dia 01 de Janeiro de 2017 até o dia 31 de dezembro de 2017, foram realizados 73.506 atendimentos totais na UPA Veneza (figura 1), sendo desses atendimentos 68.566 válidos, ou seja, que não apresentavam falhas no sistema, e 4.940 foram excluídos da pesquisa por falha do sistema e por não representarem fielmente os dados analisados no estudo. Já na UPA Brasília (figura 1), foram calculados 61.476 atendimentos totais, dos quais 58.716 considerados válidos e 2.760 excluídos. Também foram coletados dados da UPA

Tancredo Neves (figura 1), a qual apresentou 52.753 atendimentos totais, nos quais 50.183 válidos e 2.570 foram excluídos. Sendo assim, conforme previsto na Portaria N° 1.600, de 7 de julho de 2011 as UPAs são unidades de Pronto Atendimento que funcionam 24 horas por dia, 7 dias por semana (BRASIL, 2011). Além disso, esses estabelecimentos de saúde são de complexidade média, entre a Rede hospitalar e as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da família, devendo com estas compor uma rede de atenção às saúde (BRASIL, 2011). Quando essa rede de atenção tem um do seus pilares enfraquecidos seja esse, por motivo estrutural ou deficiência no atendimento entre outros motivos, conseqüentemente o sistema culminará para um superlotação que muitas vezes torna-se prejudicial para o paciente, bem como para a população (AZEVEDO et al., 2010).

Figura 1 – Número de Atendimentos das UPAs de Cascavel

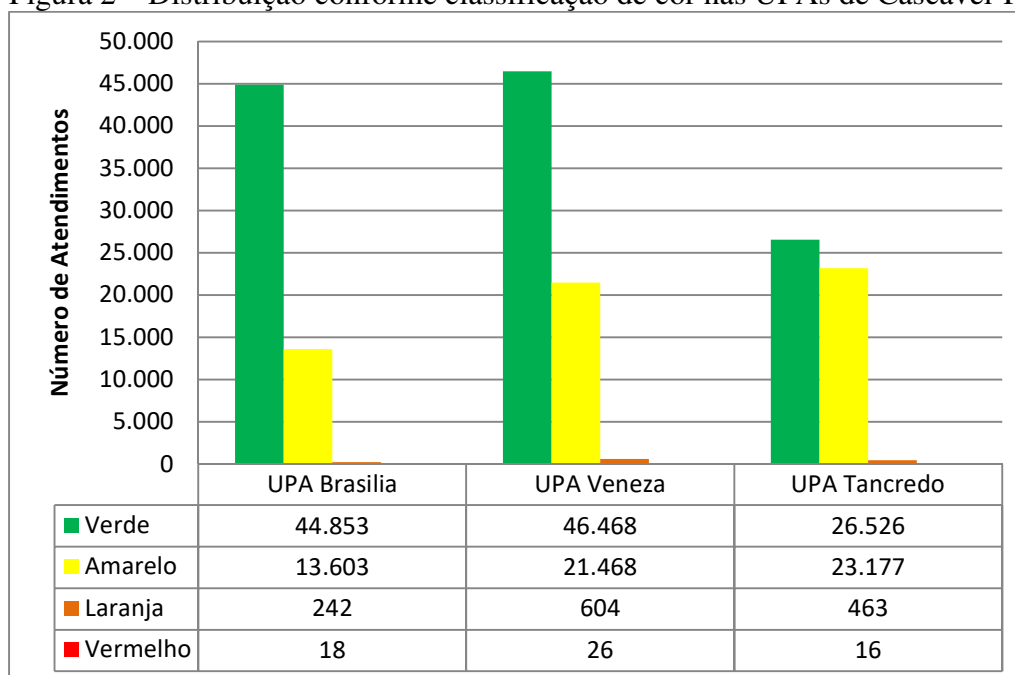


Fonte: Dados de Pesquisa

A triagem classificatória de risco nos serviços de Urgência e Emergência foi implementada, pelo Ministério da Saúde pela portaria 2048. O chamado Acolhimento com classificação de risco – ACCR –, mostra-se com um instrumento reorganizador dos processos de trabalho tentando melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS)(CASTELO et al., 2002). Conforme a portaria n° 10, a classificação de risco é uma ferramenta utilizada por profissionais qualificados (médicos e enfermeiros), o com objetivo de identificar a gravidade do doente e permitir o rápido atendimento, resolutivo e humanizado (BRASIL, 2017). No Brasil, de acordo com a Política Municipal de Humanização (PMH), a classificação de risco é subdividida em prioridade 0 (vermelho), prioridade 1 (amarelo/alaranjado), prioridade 2 (verde) e prioridade 2 (azul)(CASTELO

et al., [s.d.]). Sendo assim, no estudo foram verificados na UPA Brasília (figura 2) 44.853 atendimentos verdes, 13.603 amarelos, 242 alaranjado e 18 vermelhos. Já na UPA Veneza foram contabilizados 46.468 atendimentos verdes, 21.468 amarelos, 604 alaranjados e 26 vermelhos. Também foram analisados os atendimentos da UPA Tancredo Neves, nos quais 26.526 atendimentos verdes, 23.177 amarelos, 463 alaranjados e 17 vermelhos. Ademais, vale ressaltar que essa ferramenta não é uma ferramenta de diagnóstico de doença, e também, não pressupõe exclusão e sim estratificação. A classificação de risco apenas hierarquiza conforme a gravidade do paciente determinando prioridade de atendimento (CASTELO et al., 2002).

Figura 2 – Distribuição conforme classificação de cor nas UPAs de Cascavel-PR



Fonte: Dados de Pesquisa

Comparando dados de um estudo realizado em duas Unidades de Atendimento integrado (UAI), em Minas Gerais no Brasil (SOUZA; TOLEDO, 2011), observa-se que menos de 1% da população atendida nas UPAs e UAIs estudadas encontram-se classificadas como de risco de cor vermelha. E que mais de 90% das consultas realizadas pelas unidades de Pronto Atendimento são classificadas como amarelas ou verdes, ou seja, classificação de menor risco. Sendo assim, demonstra-se a importância da triagem pelo protocolo de *Manchester*, uma vez que mesmo com a discrepância no número de atendimentos realizados pelas diferentes unidades, observa-se a pequena porcentagem de indivíduos classificados como vermelho e laranja. Com a utilização do protocolo diferentes equipes em diferentes estados conseguem utilizar os mesmos critérios de estratificação o que permite um atendimento mais efetivo para o paciente que realmente precisa, diminuindo a taxa

de internamentos bem como a taxa de mortalidade, que em indivíduos classificados como laranjas e vermelhos podem ser até 17% maior do que nas outras cores da classificação de *Manchester* ((BRASIL, 2017).

Vale ressaltar que as Unidades de Pronto Atendimento são unidades de Urgência e Emergência e considerando o precário investimento em Unidades Básicas no Município de Cascavel-PR, observamos um grande contingente de pacientes que utilizam a UPA como porta de entrada para uma consulta no Sistema Único de Saúde, sendo que tal consulta deveria ser realizada pelas UBS ou pelas USF. Esse fato torna-se nítido quando verificamos nos resultados que menos de 1% dos atendimentos na UPA Brasília foram classificados como grave. Isso também ocorreu nas outras duas UPAs estudadas, demonstrando que a população em geral atendida nas Unidades de Pronto Socorro não precisariam, de fato, do serviço disponibilizado pelo Estado, o que, conseqüentemente, acarreta em grandes filas de espera e baixa qualidade de atendimento nessas unidades.

Tabela 1- Número de atendimentos e porcentagem em relação ao número total das UPAs

	UPA Brasília (No)	UPA Brasília (%)	UPA Veneza (No)	UPA Veneza (%)	UPA Tancredo (No)	UPA Tancredo (%)
Vermelho	18	0,03%	26	0,04%	17	0,03%
Laranja	242	0,41%	604	0,88%	463	0,92%
Amarelo	13.603	23,17%	21.468	31,31%	23.177	46,18%
Verde	44.853	76,39%	46.458	67,77%	26.526	52,86%
Total	58.716	100,00%	68.556	100,00%	50.183	100,00%

Fonte: Dados de Desquisa

### 3.2 TEMPO DE ATENDIMENTO

Quanto ao tempo de atendimento de cada unidade foram analisados 57.945 mil atendimentos na UPA Brasília, 59.295 mil atendimentos na UPA Veneza e 14.429 atendimentos na UPA Tancredo. Esses atendimentos foram divididos por tempo e por cor, conforme a estratificação de risco do protocolo de *Manchester*. Os tempos de atendimento – desde a chegada do paciente a UPA até seu atendimento ser finalizado -foram dividido em atendimentos menores e iguais a 15 minutos, de 16 minutos até 30 minutos, de 31 minutos até 1 hora, de 1 hora e 1 minuto até 2 horas, de 2 horas e 1 minuto até 4 horas e de atendimentos maiores do que 4 horas de espera e duração até o máximo de 8 horas. Foram excluídos tempos acima de 8 horas, pois os mesmo não representavam fielmente o tempo ocorrido entre a chegada do paciente até a finalização do seu atendimento.

No Brasil a utilização do protocolo de *Manchester* teve início a partir de 2017 com o primeiro curso sobre o protocolo realizado em Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais. A partir desse curso somado as políticas nacionais de implantação de classificações de risco em unidades de emergência que se observou uma unificação no acolhimento dos pacientes (ANZILIERO, 2011). Um dos objetivos do Protocolo é priorizar o paciente mais grave classificando esse por cores e consequentemente ele receberá um atendimento em menor tempo (JUNIOR, TORRES e RAUSCH, 2014). Cada cor da classificação de risco possui um tempo alvo de atendimento, o que significa que o paciente pode ou não ser atendido dentro desse tempo alvo sem prejuízos à saúde, isso é importante ressaltar, pois o protocolo de *Manchester* não descongessa o atendimento do pronto-socorro, ele apenas organiza os atendimentos (ANZILIERO, 2011). Sendo assim, conforme presente na (tabela 3) os pacientes classificados como Emergência ou pela cor vermelha em todas as UPAs não obtiveram o atendimento em tempo alvo (figura 3). Os pacientes classificados com muito urgentes ou alaranjados menos de 28% obtiveram o atendimento dentro do tempo alvo de 10 minutos (figura 3). Nos pacientes classificados como Urgente ou Amarelos observa-se que aproximadamente 58% dos pacientes foram atendidos dentro do tempo alvo de 50 minutos para essa classificação. Já nos pacientes classificados como pouco urgente ou verde aproximadamente 62% dos pacientes foram atendidos dentro do tempo alvo para a cor que é de 120 minutos. Vale lembrar que em proporções menores é possível obter o tempo de atendimento conforme os padrões propostos na (figura 3) como foi analisado em Unidades de Pronto Atendimento de Minas Gerais, as quais verificaram que em 5.313 atendimentos classificados conforme o Protocolo de *Manchester* 100% dos atendimentos estavam dentro dos tempos alvos pré-estabelecidos em lei. (PARANÁ, 2012).

Tabela 2 – Números de atendimentos separados pelos tempos de atendimento em cada UPA

	TEMPO MENOR OU IGUAL A 15 minutos	ENTRE 16 min E 30 minutos	ENTRE 31min a 1 hora	ENTRE 1:01 hora a 2:00 horas	2:01 - 4:00	> 4 h até 8 horas	Total de atendimentos válidos
<b>UPA BRASILIA</b>							
VERMELHO	4	3	6	2	2	1	18
ALARANJADO	73	72	55	24	12	4	240
AMARELO	2.810	4.292	3.931	1.888	485	139	13.545
VERDE	2.825	5.587	9.778	12.172	9.269	4.511	44.142
TOTAL	5.712	9.954	13.770		9.768	4.655	57.945
<b>UPA VENEZA</b>							
VERMELHO	14	5	6	1	0	0	26
ALARANJADO	159	207	105	25	7	1	504
AMARELO	7.903	6.903	4.635	1.607	339	70	21.457
VERDE	5.286	7.464	9.793	10.763	653	3.349	37.308
TOTAL	13.362	14.579	14.539	12.396	999	3.420	59.295
<b>UPA TANCREDO</b>							
VERMELHO	0	0	1	2	0	0	3
ALARANJADO	11	42	37	19	6	2	117
AMARELO	174	1.969	2.575	1.380	424	114	6.636
VERDE	287	1.473	2.190	1.948	1.263	512	7.673
TOTAL	472	3.484	4.803	3.349	1.693	628	14.429

Fonte: Dados de Pesquisa

Na comparação entre os estudos realizados nas Unidades de Atendimento Integrado (UAIs) de Belo Horizonte –MG (SOUZA e TOLEDO, 2011) com as UPAs do município de Cascavel–PR nota-se grande diferença no tempo médio de atendimento das diferentes classificações do protocolo de *Manchester*. Segundo os tempos alvos (figura 3), o tempo ideal para atendimento nos pacientes classificados como vermelho é 0 minutos, ou seja, paciente é classificado e imediatamente recebe o atendimento, nas UAIs esse tempo foi atingido, já nas UPAs o tempo médio de atendimento 9’54” minutos na UPA Veneza e 28’ minutos na UPA Brasília. Ademais, nos pacientes classificados como muito urgente, os tempos de atendimentos foram 9’42” e 14’30” minutos na UAIs de São Jorje e Pampulha, respectivamente, enquanto nas unidades Brasília e Veneza 49’54” e 32’13”, respectivamente. Vale ressaltar, nos pacientes pouco urgentes as UPAs do município de Cascavel-PR obtiveram como maior tempo médio de espera para o atendimento aproximadamente 2 horas e 5



minutos, já nas UAIs a maior média foi de 51 minutos. Observa-se que as maiores discrepâncias do tempo de atendimento com o ideal (figura 3) ocorre em pacientes em Emergência e muito Urgentes. Vale ressaltar que essas divergências de tempos são prejudiciais, uma vez que pacientes que são atendidos dentro dos tempos alvos possuem um melhor prognóstico clínico. Acredita-se que o grau de mortalidade em pacientes classificados como vermelhos e laranjas seja 17 vezes maior do que nos outros grupos de classificação (PARANÁ, 2012). Sendo assim, o protocolo deve servir de base para um atendimento humanizado e que garanta o melhor desfecho clínico para o paciente mais grave.

Tabela 3 – Número de atendimento separados por cor e média de tempo de atendimento

	UPA Veneza (No)	UPA Veneza (Tma)	UPA Brasília (No)	UPA Brasília (Tma)
Vermelho	25	9'54''	18	28'
Laranja	504	32'13''	240	49'54''
Amarelo	21.457	58'17''	13.545	54'07''
Verde	37.308	1h53'39''	44.142	2h05'41''
Total	59.295		57.945	

Fonte: Dados de Pesquisa

Figura 3 – tempos alvos segundo Protocolo de Manchester



Fonte: Hospital São Salvador (2018).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se que o perfil de atendimento realizado pelas Unidades de Pronto Atendimento do Município de Cascavel-PR trabalham de acordo com o protocolo de *Manchester*, porém com algumas ressalvas. As unidades são referências no atendimento pré-hospitalar de Urgência e Emergência e atendem um grande volume de pessoas anualmente, compactuando com o que o Ministério da Saúde prevê. No entanto, as Unidades falham no que diz respeito ao tempo alvo de atendimento de cada paciente. Nas análises dos dados foi observado que existem muitas discordâncias nos tempos de atendimento entre as três Unidades avaliadas, bem como quando compara-se esses com os tempos alvos ideais previstos em lei. Acredita-se que alguns dados não estão de acordo com a realidade, como o tempo de atendimento médio de um paciente classificado como Vermelho, o tempo alvo deveria ser 0 minutos ou o mais próximo disso. Entretanto, observa-se que esse tempo é maior nas UPAs, o que pode ser explicado, pois o enfermeiro(a) que o classifica faz o encaminhamento prioritariamente, após estabilizado o paciente e feito o atendimento adequado o Médico completa o prontuário eletrônico, por isso acredita-se que exista um aumento desse tempo de atendimento.

Vale lembrar que as Unidades utilizam o protocolo de *Manchester* como ferramenta para estratificação de risco dos pacientes, o que demonstrou que a maioria dos pacientes atendidos pelas UPAs do Município de Cascavel-PR não necessitavam do serviço prestado pelas Unidades e, sim, dos serviços das Unidades Básicas de Saúde, bem como das Unidades de Saúde e Família. Analisou-se que grande parte dos atendidos foram classificados como verdes ou amarelos que são considerados pacientes Urgentes e pouco Urgentes, porém as UPAs foram criadas com objetivos de atender pacientes muito Urgentes e Emergentes que necessitam de atenção pré-hospitalar. Com isso observa-se que esse problema ocorreu não somente pelo grande volume de pacientes, mas sim pela deficiência no sistema público de saúde que não consegue absorver de forma adequada as demandas nas unidades básicas, o que, conseqüentemente, sobrecarrega os sistemas pré-hospitalares.

Portanto, no que tange o âmbito da Política Nacional Humanizada, as Unidades de Pronto Atendimento oferecem os serviços para que foram criadas, porém enfrentam problemas de superlotação, falta de investimento, bem como uma desestruturação de outros atendimentos – como as Unidades Básicas - que conseqüentemente levam a um desequilíbrio no sistema pré-hospitalar de Urgência e Emergência.

## REFERÊNCIAS

ANZILIERO, F. Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na estratificação de Risco: Revisão de Literatura. **UFRGS**, p. 1–47, 2011.

AZEVEDO, A. L. D. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, 31 dez. 2010.

BRASIL. **Portaria nº 1.600**, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 16 maio. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 10**, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)>. Acesso em: 16 maio. 2018.

CASTELO, J. et al. protocolo de acolhimento com classificação de risco sistema único de saúde (sus) hospitais municipais/ são luís/ma. [s.d.]. junior wc; torres bl de b; rausch m do cp. Sistema Manchester de classificação de risco: comparando modelos. **Grupo Brasileiro de Classificação de Risco**, p. 1–16, 2014.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Análise da política brasileira. **Revista de Saude Publica**, v. 45, n. 3, p. 519–528, 2011.

OLIVEIRA, G. N. et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 1–9, 2011.

PARANÁ. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**. Secretaria de Saúde do Paraná, 2012. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/apresentacao\\_cib.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/apresentacao_cib.pdf). Acesso em: 20 maio de 2012.

SOUZA, C. C. DE; TOLEDO, A. D. Classificação de risco em pronto-socorro : concordância entre um. **Rev Latino-am Enferm**, v. 19, n. 1, p. 1–8, 2011.