

Classificação de Risco em Unidade de Pronto Atendimento

Risk Classification in Medical Assistance Unit

Maycon Hoffmann Cheffer¹, Grasielle Raffaelli Fernandes², Janaine Parolin Casagrande³, Terezinha Aparecida Campos⁴, Betina Kromann Romero⁵, Ityara Cristina Buseti⁶, Gilson Fernandes da Silva⁷, Rafaela Bramatti Silva Razini Oliveira⁸

RESUMO

As demandas por serviços de saúde decorrem da combinação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. Esta pesquisa tem por objetivo descrever a classificação de risco dos usuários que procuram atendimento médico e de enfermagem na atenção secundária por meio do Protocolo de Manchester no ano de 2019. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa que teve como local de estudo uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizada na região norte de um município do oeste do Paraná no ano de 2019. Foram atendidos, no referido ano, 82.365 pacientes, classificados nas cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, baseado no Protocolo de Manchester. A referida unidade tem se caracterizado por atendimento de baixa complexidade, ou seja, não urgentes. Infere-se que, em vez de dirigirem-se às unidades básicas de saúde, a maioria dos usuários tendem a buscar atendimento nas UPAs, a falta de conhecimento, agilidade e resolutividade são determinantes nesta procura. É preciso que a população compreenda que os atendimentos nas UPAs estão voltados para casos de urgência e emergência e que demandas de classificação não urgentes devem ser atendidas na atenção básica, as quais se configuram como porta de entrada do usuário ao sistema de saúde vigente.

Palavras-chave: Atenção secundária à saúde, urgência, emergência, população, pronto atendimento.

ABSTRACT

Demands for health services result from the combination of social, individual, and cultural factors prevalent in the population. This research aims to describe the classification of users who seek medical care in secondary care through the Manchester protocol in 2019. This is descriptive research with a quantitative approach that had an Emergency Care Unit as its study site (UPA in Brazil) located in the north of a municipality in western Paraná, with data for the year 2019. In that year, 82,365 patients were treated, classified in red, orange, yellow, green, and blue, according to the risk classification used by the institution. This unit has been characterized by the care of simple, non-urgent cases; instead of going to the basic health units, most users who seek care in the UPAs have other concepts of urgency and emergency and consider agility and resoluteness as determinants in this search. It is necessary for the population to understand that care in the UPAs is aimed at urgent and emergency cases and that non-urgent classification demands must be met in basic units or family health units, which are configured as the user's gateway to the current health care system.

Keywords: Secondary health care, urgency, emergency, population, emergency care.

¹Doutorando em enfermagem – UEM. Docente de enfermagem do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: mayconcheffer@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9361-0152>

²Enfermeira. Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: grfcardoso@minha.fag.edu.br

³Enfermeira. Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: jpcasagrande@minha.fag.edu.br

⁴Enfermeira. Mestre em educação. Docente de enfermagem do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: tcamposzto@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9180-3268>

⁵Discente de enfermagem. Centro Universitário Assis Gurgacz. E-mail: betinakromero@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3992-1854>

⁶Enfermeira. Docente de enfermagem do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: ityaraacbusetti@fag.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3766-3655>

⁷Enfermeiro. Doutorando em Biociências e Saúde – Unioeste. E-mail: gilson_enfermeiro@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-9107-2656

⁸Enfermeira. Mestre em enfermagem – UFRGS. Docente de enfermagem do Centro Universitário Assis Gurgacz – FAG. E-mail: rafaelabramatti@fag.edu.br. ORCID: 0000-0003-1797-842X

1. INTRODUÇÃO

Ao atentarmos para o processo histórico da saúde pública no Brasil, é possível compreender que essa trajetória foi caracterizada por contínuas reorganizações administrativas e publicações de muitas políticas, que vão desde o Brasil Colônia até meados da década de 1980 (CAMPOS, 2018).

Simultaneamente a esse cenário político-institucional, no ano de 1986, surgia um amplo movimento político, que resultou na 8ª Conferência Nacional de Saúde e em 1986, se estabeleceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Sendo assim, em 1988 foi estruturada a ora em vigor Constituição Federal brasileira e em 1990, por meio da Lei nº. 8080. Implanta-se o Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um dos melhores sistemas de saúde do mundo. O qual possibilita acesso integral, universal, gratuito a população, visando à qualidade de vida, à prevenção e à promoção da saúde (BRASIL, 2020).

Nesse sentido e ancorado na Constituição Federal, o SUS está organizado pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade. Assim, o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois proporciona assistência integral e totalmente gratuita que envolve desde um simples atendimento ambulatorial até a assistência de alta complexidade (CAMPOS, 2018).

Apesar de ser um sistema de saúde público disponível para toda a população brasileira, infelizmente nem todos têm acesso de modo equitativo, o que é um tanto incongruente. E, quando se trata de agravos à saúde, independente da etiologia, é comum às pessoas fazerem escolhas que melhor lhes convenham, como, procurar serviços da atenção secundária em busca de atendimento que resolva suas necessidades, nem que seja de forma imediata e provisória.

O SUS é composto por Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais se dividem em níveis de atenção. Estes seguem uma sequência crescente, assegurando ao usuário atendimento em seu nível de assistência correspondente. Tais níveis correspondem à atenção primária, correspondendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), à secundária, sendo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), e a terciária, os hospitais; em conjunto há as ações e serviços da vigilâncias sanitária, ambiental e epidemiológica, e a assistência farmacêutica (BRASIL, 2020).

De acordo com Mendes (2011), as RAS são uma forma de organizar a saúde em sistemas integrados que visem responder com eficiência e de forma efetiva as demandas

da população, proporcionado segurança, qualidade, integralidade e equidade, ou seja, é a organização da oferta de serviços em rede.

Referente à Atenção Primária a Saúde (APS), está organizada como primeiro nível de atenção à saúde, sendo considerada a principal porta de entrada ao SUS e o centro de comunicação com a RAS. É oportuno destacar alguns atributos principais da RAS, os quais são primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação os atributos essenciais e os de focalização na família, orientação comunitária e competência cultural os atributos derivados (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva, a APS é composta de equipe multiprofissional que cobre toda a sua área de abrangência. Estas prestam serviços de forma contínua e integral, dando assistência por todo o segmento da atenção, tendo a assistência centrada no indivíduo, na família e na comunidade, considerando as particularidades culturais, gênero, bem como a diversidade da população (MENDES, 2011). Dentro da RAS também se encontram as Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), formada pelos seguintes elementos: Promoção, proteção e vigilância; Atenção Básica; SAMU e Centrais de Regulação; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; UPA e conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar e domiciliar (ARAUJO, 2012).

Nesse contexto queremos destacar as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que buscam vincular e associar todos os equipamentos de saúde para melhorar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência de forma rápida e pertinente (BRASIL, 2013a).

Infere-se que as UPAs desempenham seu papel referente a complexidade intermediária entre os serviços da APS e as urgências hospitalares, tendo como objetivo promover a descentralização dos atendimentos de urgência de menor complexidade (PINTO, STOCKER, LIMA, 2019).

Assim, as UPAs estão disponíveis para atendimento às urgências e emergências 24 horas, compondo a RUE. Nesse sentido, entende-se que este serviço não deveria atender agravos de menor complexidade, ou seja, àqueles que poderiam ser resolvidos na APS. No entanto, na prática, não é bem isso que acontece, visto que a procura pelos serviços nas UPAs é elevada. Infere-se que, muitos usuários procuram as UPAs por situações que não se caracterizam como urgência e emergência.

As UPAs devem estar em conformidade com a Portaria nº10/2017 e dentre suas competências destaca-se: “acolher os pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência [...]” (PINTO, STOCKER, LIMA, 2019), sendo assim, indica-se o uso de

ferramentas que auxiliem no acolhimento com classificação de risco, por exemplo, o Protocolo de Manchester.

O Protocolo de Manchester é uma ferramenta que detecta, na porta de entrada do serviço de urgência e emergência, qual tipo de cuidado deverá ser prestado ao paciente, a partir de sua classificação (SOUZA *et al.*, 2011). Fazem parte dos critérios dessa classificação de risco os níveis de prioridades, cor atribuída, tempo de espera para atendimento, reavaliação de enfermagem, avaliação da queixa principal, estratificando o risco em cinco níveis, referidos por cores para auxiliar a visualização (SOUZA *et al.*, 2011; (PINTO, STOCKER, LIMA, 2019; BRASIL, 2020).

Destaca-se que, o Protocolo de Manchester foi estabelecido, primeiramente, em 1997, na cidade de Manchester e desde então muitos serviços de saúde vem adotando. Segundo Sacoman *et al.*, (2019), o Protocolo é composto por 52 condições clínicas pré-definidas ligadas às suas respectivas linhas de fluxo, a partir de cada um dos níveis de classificação de risco ou triagem obtidos. As classificações são organizadas em cores e por nível de gravidade e risco da apresentação clínica.

Nessa perspectiva, nos casos em que a demanda extrapola a capacidade de acolhimento e atendimento dos serviços, como nas UPAs, a organização dos fluxos por meio de instrumentos, como o Protocolo de Manchester, certamente é uma boa estratégia gerencial.

Uma vez que, assistência ao usuário na RAS ainda acontece de forma fragmentada, visto que o sistema de referência e contrarreferência, umas das formas de comunicação é falha. Conseqüentemente os serviços não se comunicam de maneira efetiva, comprometendo a articulação da atenção primária com a atenção secundária (DURO *et al.*, 2014).

Diante do exposto, pressupõe-se que muitos usuários procuram as UPAs com demandas que não são caracterizadas como urgências e/ou emergências, assim, para desvelar esse pressuposto o presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil de usuários que procuraram atendimento em uma UPA, no município de Cascavel-PR, no ano de 2019.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, na dimensão quantitativa, de forma descritiva e exploratória. A pesquisa de campo consistiu de coleta de dados por meio de análise documental referente aos atendimentos realizados em uma Unidade de Pronto

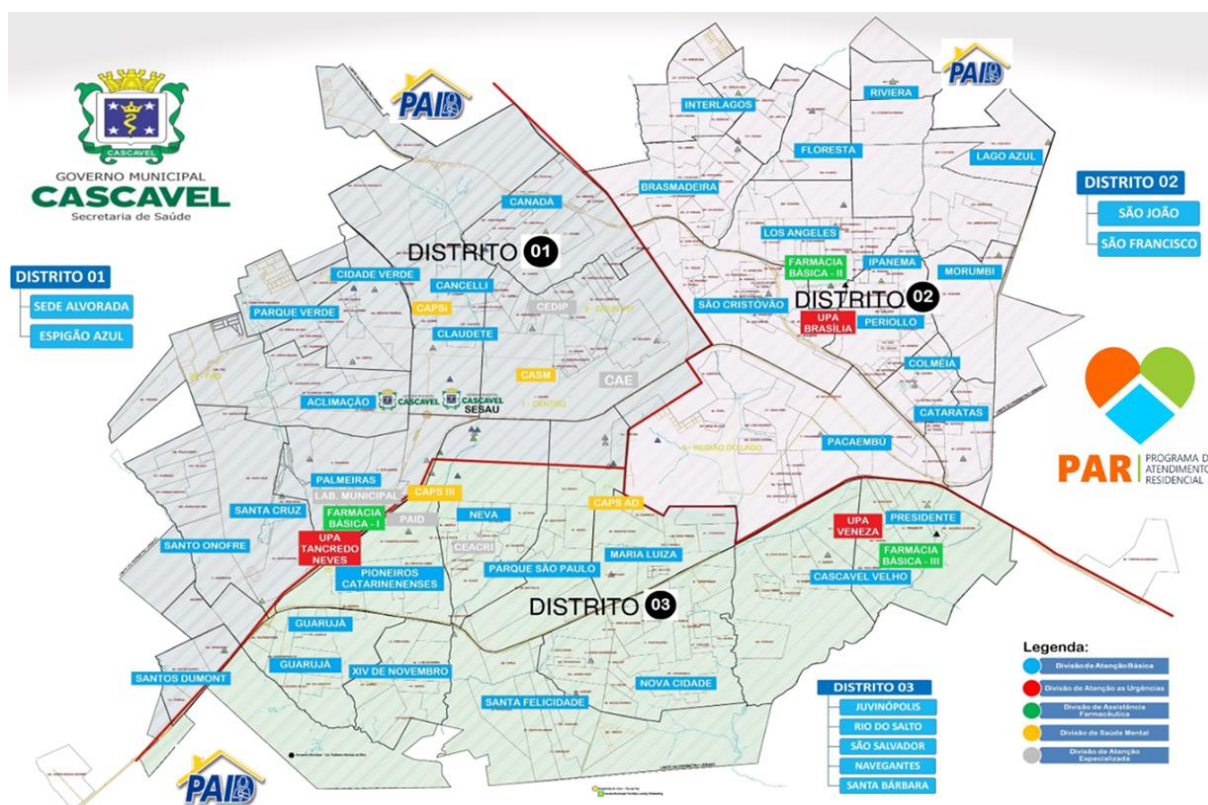
Atendimento (UPA) localizada na região norte de um município do oeste do Paraná no ano de 2019. Convém ressaltar que os documentos utilizados se encontram disponíveis no Sistema de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do referido serviço.

Como critérios de inclusão, foram usuários de ambos os sexos, com idade a partir dos 14 anos, atendidas na unidade no ano de 2019, com dados documentais completos, perfazendo um total de 82.365 (oitenta e dois mil, trezentos e sessenta e cinco) atendimentos.

E no que tange aos critérios de exclusão foram definidos: dados documentais incompletos e atendimentos não realizados devido à desistência ou evasão dos usuários.

Para contextualizar, o município de Cascavel-PR possui uma população estimada de 336.073 habitantes (IBGE, 2021) e a Atenção à Saúde está dividida conforme mapa abaixo:

Figura 1: Mapa da Atenção à Saúde no município de Cascavel- PR.



Fonte: SESAU, 2018.

Diante do exposto, ressaltar-se que a Atenção à Saúde está dividida em três (3) distritos sanitários e para cada distrito há uma UPA de referência.

Salienta-se que, este estudo seguiu todos os preceitos éticos legais das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 (BRASIL, 2012, 2016). Sendo que a coleta dos dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos do Centro

Universitário da Fundação Assis Gurgacz com Parecer n°. 4.467.197 e liberação do campo para coleta dos dados pela Secretaria Municipal de Saúde.

3. RESULTADOS

Os resultados foram agrupados e apresentados conforme números de atendimentos dispostos nos quadros 01, 02 e 03 e seus respectivos gráficos em quadrimestre, para integrar didaticamente os achados.

No gráfico 04, está exposto o número de atendimentos realizados na UPA no ano de 2019, perfazendo um total de 82.365 (oitenta e dois mil, trezentos e sessenta e cinco).

O Protocolo de Manchester abrange cinco níveis e para cada nível são conferidos uma cor, um nome e um tempo máximo tolerável até o primeiro atendimento médico. Dessa forma, segundo Coutinho *et al.*, (2012) tem-se:

- Nível 1 - situação de emergência, cor vermelho, atendimento imediato;
- Nível 2 - muito urgente, cor laranja, 10 minutos;
- Nível 3 - urgente, cor amarelo, 60 minutos;
- Nível 4 - pouco urgente, cor verde, 120 minutos;
- Nível 5 - não urgente, cor azul, podendo aguardar até 240 minutos, ou serem encaminhados para outros serviços de saúde, por exemplo, para as Unidades Básicas de Saúde.

Quadro 01 - Atendimentos realizados no 1º quadrimestre do ano de 2019 em uma UPA no município de Cascavel/PR.

Mês e Classificação	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Total
Janeiro	1	29	1.622	5.237	677	7.566
Fevereiro	1	26	1.454	4.766	776	7.023
Março	1	25	1.570	4.576	929	7.101
Abril	5	188	1.802	3.947	1.208	7.150
Total	8 (0,2%)	268 (0,9%)	6.448 (22,3%)	18.526 (64,2%)	3.590 (12,4%)	28.840

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Quadro 02 - Atendimentos realizados segundo classificação de risco no 2º quadrimestre do ano de 2019, em uma UPA no município de Cascavel/PR.

Mês e Classificação	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Total
Maio	6	249	1.577	3.944	1.115	6.891
Junho	13	231	1.529	3.543	1.091	6.407
Julho	12	170	1.437	3.652	1.071	6.342
Agosto	6	158	1.590	4.049	1.043	6.846
Total	37 (0,1%)	808 (3,1%)	6.133 (23,1%)	15.188 (57,4%)	4.320 (16,3%)	26.486

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

É possível percebermos que as estações do ano influenciam na quantidade de atendimentos realizados pela UPA em estudo. Isso, pois no período do outono e inverno a classificação nas cores referentes à urgência e emergência (vermelho, laranja e amarelo) tiveram um grande aumento no número de atendimentos, sendo realizada uma amostragem em prontuários das causas mais aparentes observou-se que a maioria dos casos era referente a alergias e ao padrão respiratório.

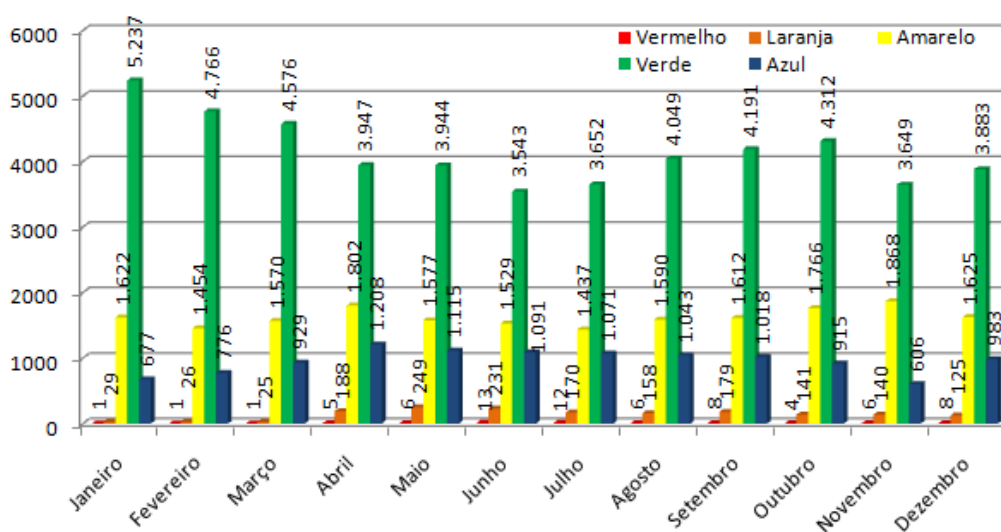
Quadro 03 - Atendimentos realizados segundo classificação de risco no 3º quadrimestre do ano de 2019, em uma UPA no município de Cascavel/PR.

Mês e Classificação	Vermelho	Laranja	Amarelo	Verde	Azul	Total
Setembro	8	179	1.612	4.191	1.018	7.008
Outubro	4	141	1.766	4.312	915	7.138
Novembro	6	140	1.868	3.649	606	6.269
Dezembro	8	125	1.625	3.883	983	6.624
Total	26 (0,1%)	585 (2,2%)	6.871 (25%)	16.035 (59%)	3.522 (13%)	27.039

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

No gráfico a seguir, encontram-se os dados referentes a todos os atendimentos realizados durante o ano de 2019 na UPA no município de Cascavel/PR, conforme classificação e sua respectiva cor.

Gráfico 04 – Atendimentos realizados em UPA 24h no ano de 2019 em Cascavel/PR.



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

4. DISCUSSÃO

Todo o atendimento realizado pela UPA no ano de 2019, revela um alto índice de atendimentos classificados na cor verde com pouca ou nenhuma urgência durante todo o período. Foram 60,3% de atendimentos realizados, ou seja, mais da metade da população buscou a UPA para atendimentos que poderiam ser realizados sem urgência ou emergência em alguma UBS, esses dados revelam certa fragilidade no reconhecimento da UBS como porta de entrada para tratar a população com demandas de atendimento que não são de origem de urgência e emergência.

Os atendimentos classificados nas cores verde e azul caracterizam pacientes com pouca ou nenhuma urgência. Um total de 74,3% dos atendimentos durante todo o ano são de pessoas que procuraram a UPA sem necessidade de urgência, muitas vezes com situações clínicas decorrentes de um determinado tempo (dias e meses) e usuários que muitas vezes precisam renovar suas receitas – o que deveria ser resolvido nas UBS.

Oliveira *et al.*, (2015) ressaltam que muitos casos não se enquadram como urgência ou emergência, dessa forma, esses atendimentos acabam criando um fluxo que ultrapassa a capacidade do serviço, tornando o atendimento de pouca urgência demorado, causando assim, um estresse para quem aguarda e para a equipe que enfrenta diariamente essa situação, necessitando repetir aos pacientes a finalidade das UPAs.

Por não conhecerem o sistema e o funcionamento correto, e para que servem as UPAs, alguns usuários classificados nas cores azul ou verde (pouco urgentes ou não urgentes) acabam entrando em conflito com os trabalhadores, argumentando que devem ser atendidos por ordem de chegada (CAMPOS; SOUZA, 2014).

Um dos motivos de discussão sobre a organização do sistema de saúde é a grande busca pelos serviços na UPA. Muitos profissionais apontam que o usuário desconhece o que é urgência e quais as suas atribuições, por isso acabam procurando os serviços de urgência para todo o tipo de atendimento. O usuário procura a UPA na maioria das vezes reclamando que não foi atendido na unidade básica, porém muitas das vezes nem a procurou, e assim acaba encontrando na UPA certeza de acesso à consulta médica (ROCHA, 2005).

As UPAs deveriam: Manter pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

A gravidade ou a urgência do problema, bem como sua necessidade, a acolhida, a distância da moradia, a resolutividade da atenção, o atendimento ágil, a rapidez na coleta e resultados de exames ou para outros serviços, até mesmo o vínculo instituído entre o usuário e profissionais, serviços e Sistema de Saúde se tornam importantes na hora da escolha do serviço de saúde a se buscar (ROCHA, 2005).

5. CONCLUSÃO

A Unidade de Pronto Atendimento atende desde casos ambulatoriais a casos de extrema gravidade em atendimento 24 horas. Atualmente está sendo procurada pelos usuários como “porta de entrada” a todos que necessitam de alguma assistência à saúde, diante disso percebe-se que há grande procura de casos em que o atendimento não se configura como urgência e emergência e que poderiam ser resolvidos na atenção primária.

Considerando que a UPA presta serviço de demanda espontânea a toda população, deve ter boa acessibilidade, disponibilizar de leitos para observação, atestados, encaminhamento para continuidade do cuidado em outros níveis de assistência e realizar alguns exames de usuários que procuram a UPA em vez da atenção básica.

O presente trabalho teve seus objetivos alcançados, uma vez que foi possível conhecer e descrever o perfil de classificação dos usuários por meio do Protocolo de Manchester estabelecido durante a triagem para atendimento médico na UPA.

Diante disso, acredita-se que cabe a todos os níveis da atenção à saúde avaliar e desenvolver estratégias para melhorar a integração dos serviços de acordo com a realidade da população atendida, buscando trabalhar de forma pactuada e integrada no atendimento aos usuários, visando fazer com que cada nível correspondente preste atendimento adequado e assim assistência de qualidade às demandas do cliente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. E. **A Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde: uma análise, por coordenadoria regional de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.** Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/56835/000861351.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em pesquisa. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos

metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília: MS; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em pesquisa. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>> Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2022.

BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea; Ministério da Saúde 2013a. Brasília-DF; **Cadernos de atenção básica**. v. 1, n 28, 56 p; 1º Edição; disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf> Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS); **Ministério da Saúde**, 2013; Brasília DF; disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf> Acesso em: 15 set. 2020.

CAMPOS, J.; SOUZA, V. S; A. Percepção dos Usuários do Serviço de Urgência e Emergência em Relação à Classificação de Risco pelo Protocolo de Manchester; **Revista Montes Claros**, v. 16, n.1 - jan./jun. 2014; Unimontes Científica; disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/319>>. Acesso em: 20 set. 2020.

CAMPOS, T. A. O caleidoscópio do processo de saúde e doença na percepção de professores do ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/PR. 2018. **Dissertação**. (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Cascavel/PR, 2018. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/3901>. Acesso em: nov. 2021.

CASCADEL. Unidades de saúde UBS e USF. Cascavel/PR. 2015. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/23112016_saude.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

COUTINHO, A. A. P.; CECILIO, L. C. de O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte: 2012; 22(2): 188-198. Disponível em <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/101>>. Acesso em: 2 out. 2021.

DURO, C. L. M. et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento; **Revista Rene**; maio/junho 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400016>>. Acesso em: 20 set. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/cascavel.html>> Acessado em: 10 set. 2021.

MENDES, E. V. As redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. 2011; Edição 2; p.554. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf> Acesso em: 19 set. 2020.

OLIVEIRA, S. N. et al. **Unidade De Pronto Atendimento – Upa 24h**: Percepção Da Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. Jan-Mar; 24(1): 238-44. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/NKrNrgpVBSRXKVBHRfN4KYt/?format=pdf&lang=pt>> Acessado em: 15 ago. 2021.

PINTO, R.S.; TAINÁ, S.; LIMA, T.M. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. **Revista de Gestão e Sistemas de Saúde – RGSS**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-136, mai./ago. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14922/7676>. Acesso em: nov. 2021.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2005. p. 97. Dissertação (Mestrado). Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/310M.PDF>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SACOMAN, T. M. et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde Debate**, v. 43, nº. 121, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43n121/354-367/>. Acesso em: nov. 2020.

SOUZA, C. C. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester; **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jan-fev 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/SHnqxn3PmtZm6wZNZW3NsZm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 set. 2020.