

---

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE GRAU DE RISCO:  
CARACTERIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS EM UNIDADE DE MÉDIA  
COMPLEXIDADE**

Aline Stefani de Souza <sup>1</sup>  
Magda Nunes Correia da Silva<sup>2</sup>  
Erika Fernanda dos Santos Bezerra Ludwig <sup>3</sup>

**RESUMO**

Estudo descritivo, retrospectivo e correlacional, com análise documental, com objetivo de caracterizar o perfil de usuários atendidos em Unidade de média complexidade no período de janeiro a abril do ano de 2018, conforme classificação de grau de risco, no Norte do Paraná. A coleta de dados foi realizada por meio de busca nos arquivos dos prontuários de pacientes, para obtenção de dados que permitiram analisar as variáveis demográficas, a cor de cada paciente obtido na classificação de risco, o tempo de espera entre o horário da abertura da ficha de atendimento e o horário que o paciente foi medicado ou recebeu alta, se o paciente foi encaminhado de outra unidade ou procurou espontaneamente o serviço e o desfecho do atendimento se foi resolvido dentro da própria instituição com alta do paciente ou encaminhado a outro serviço de saúde. Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica do programa Microsoft Office Excel 2010 e analisados utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 14.0. A população do estudo foi composta por 21.804 atendimentos sendo predominante pacientes do sexo feminino com idade média de 32 anos e classificação de grau de risco na cor verde, sendo a maior média para tempo de atendimento de 01:06 horas, no mês de março, somado a resolutividade dentro da própria unidade em 92,28 % dos casos com alta hospitalar. Este estudo cumpriu com a normatização estabelecida na Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos e a coleta foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética da instituição.

11

**Palavras-chave:** Classificação de grau de risco. Acolhimento. Perfil de saúde. Enfermagem em emergência.

**ABSTRACT**

Descriptive, retrospective and correlational study, with documentary analysis, with the objective of characterizing the profile of users served in the medium complexity

---

<sup>1</sup> Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Filadélfia – Unifil, Londrina- PR (alinstefanisouza@gmail.com).

<sup>2</sup> Discente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Filadélfia – Unifil, Londrina- PR (magdanunescorreia@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Docente Orientadora Mestre em Enfermagem do Centro Universitário Filadélfia – Unifil, Londrina – PR (erika.bezerra@unifil.br).

unit from January to April of 2018, according to the degree of risk classification, in the interior of Northern Brazil. Paraná. The data collection was performed by means of a search in the files of patient records, to obtain data that allowed the analysis of the demographic variables, the color of each patient obtained in the risk classification, the waiting time between the opening hours of the and the time the patient was medicated or discharged, whether the patient was referred from another unit or spontaneously sought the service and the outcome of the care if it was resolved within the institution with discharge from the patient or referred to another service Cheers. The data collected was inserted into the spreadsheet of the Microsoft Office Excel 2010 program and analyzed using the SPSS program (Statistical Package for the Social Sciences) version 14.0. The study population consisted of 21,804 visits, predominantly female patients with a mean age of 32 years and a classification of risk degree in green color, being the highest average for time of service of 01:06 hours, in March, added to the resolution within the unit itself in 92.28% of cases with hospital discharge. This study complied with the normalization established in Resolution 466, of December 12, 2012, of the National Health Council on research involving human beings and the collection was carried out with the approval of the Ethics Committee of the institution.

**Keywords:** Classification of degree of risk. Emergency medical services. Health profile. Emergency nursing.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema de saúde, no Brasil, encontra-se estruturado em três níveis de atenção a saúde – atenção básica, de média e alta complexidade (BRASIL, 2009).

Dentre os níveis de media complexidade estão inclusas unidades de pronto atendimento (UPA), instituições de saúde entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede de atenção as urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes (BRASIL, 2013).

Tais unidades atendem diariamente grande número de pacientes com varias queixas, e em situações não urgentes, que procuram a unidade pela maior facilidade de acesso ao atendimento, o que sobrecarrega os serviços de urgência (DINIZ et al., 2014).

Estudos nacionais e internacionais mostram que a fragmentação dos sistemas de saúde e a utilização dessas unidades para as mais variadas demandas que não constituem um atendimento de urgência (OLIVEIRA et al., 2015).

Essa demanda prejudica a assistência aos casos graves e agudos e

acarreta acúmulo de tarefas, pois além de assegurar as manobras de suporte de vida em casos de urgência e emergência, essas unidades têm representado a porta de entrada para os usuários com queixas crônicas e sociais, que procuram esses serviços e sobrecarregam as equipes multiprofissionais, inclusive a equipe de enfermagem (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

Na tentativa de enfrentar os desafios relacionados à organização dos serviços de urgência, as ações do Ministério da Saúde têm sido voltadas para a necessidade de reorganização do processo de trabalho, de forma a atender aos diferentes graus de especificidade e graus na assistência realizada aos pacientes com agravos agudos. Dentre as ações destaca-se, o acolhimento com classificação de risco apontado como dispositivo de mudança no trabalho da atenção, gestão e produção na saúde (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. E deve ocorrer através de um protocolo direcionador, o que possibilita adoção de medidas que uniformizem a avaliação, tornando-se uma das intervenções decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede (BRASIL, 2009).

Baseado na classificação de grau de risco, estudos demonstraram que na Europa, aproximadamente 40% dos atendimentos de adultos, realizados em unidades de emergência não são urgentes, já nos EUA essa proporção está entre 5 e 82%, e no Brasil ainda não há um sistema de informação epidemiológica relacionado aos atendimentos em prontos socorros (OLIVEIRA et al., 2011).

Mediante este cenário, somado a difícil organização da hierarquização dos serviços de saúde faz-se essencial conhecer as características da população que frequenta um serviço de emergência, para o planejamento das ações em saúde, visto que além de favorecer a diminuição das superlotações nos serviços, possibilita aos profissionais de saúde oferecer cuidado, com segurança, a seus usuários.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Os serviços de urgência e emergência são um importante componente da

assistência à saúde no Brasil e apresentam uma demanda para atendimento maior que a capacidade de absorção. A superlotação é o retrato do desequilíbrio entre a oferta e a procura por atendimento em serviços de urgência e emergência, sendo agravada por problemas organizacionais como o atendimento por ordem de chegada, sem estabelecimento de critérios clínicos, o que pode acarretar graves prejuízos aos pacientes (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

No Brasil, o fluxo invertido de pacientes entre os serviços de saúde da rede básica e os serviços da alta complexidade resultam frequentemente em situações de superlotação dos serviços de média e alta complexidade que passaram a ser o principal local de triagem dos serviços de saúde, sobrecarregando a equipe multidisciplinar desses serviços (OHARA; MELO; LAUS, 2010).

Além disso, a superlotação dos serviços de urgência é um fenômeno mundial, e a quantidade de estudos que se tem publicado sobre o tema é desproporcional à dimensão do problema, configurando, uma lacuna do conhecimento científico produzido na área (DINIZ et al., 2014).

Dessa forma, caracterizar o perfil de usuários atendidos em unidades de urgência torna-se fundamental para a elaboração de políticas públicas de saúde que proporcionem qualificação do atendimento e um aumento do poder de resolução da atenção primária.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar o perfil de usuários atendidos em Unidade de média complexidade, conforme classificação de grau de risco, em município do Norte do Paraná.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1- Caracterizar a população atendida na Unidade de media complexidade, segundo variáveis demográficas (sexo e idade) e gravidade, conforme classificação

obtida na avaliação de grau de risco;

2- Comparar a classificação de grau de risco com o tempo de espera para atendimento;

3- Diferenciar pacientes atendidos por procura espontânea de pacientes encaminhados por outros serviços;

4- Identificar o desfecho dos atendimentos (alta, óbito ou encaminhados para outras instituições de saúde).

#### **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

O Protocolo de classificação de risco norteador da pesquisa foi o Protocolo de Triagem de Manchester (MTS), visto que a instituição a ser pesquisada realiza classificação de grau de risco, por meio deste protocolo, o qual dentre as escalas de triagem existentes, tem sido adotado na maioria dos serviços de urgência como instrumento direcionador da classificação de risco, sendo atualmente utilizado em 16 (61,5%) dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015).

Esse protocolo foi desenvolvido na cidade de Manchester, Inglaterra, em 1994, por um grupo de profissionais especializados em triagem e estabelece uma classificação de risco em cinco categorias. Na unidade onde realizamos a pesquisa o protocolo foi adaptado em quatro categorias, a partir da identificação da queixa principal do usuário, diante da história clínica e dos sinais e sintomas apresentados, o paciente é classificado em uma das quatro categorias: emergente (vermelho), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul). Para cada categoria existe um tempo, alvo de atendimento, que são, respectivamente, 0, 10, 120 e 240 minutos. Assim, é organizado o atendimento de forma que pacientes que apresentem sinais de gravidade tenham prioridade no atendimento (PINTO JÚNIOR; SALGADO; CHIANCA, 2012).

Assim, o MTS constitui-se como uma ferramenta de gestão do risco clínico para administrar a demora do atendimento, priorizando os doentes mais graves.

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **5.1 Tipo de Estudo**

Estudo quantitativo descritivo, retrospectivo e correlacional no qual foi realizado análise documental nas fichas de atendimento da Unidade de média complexidade foram analisadas, evidenciando o número de pacientes atendidos, conforme classificação de grau de risco (DRIESSNACK; SOUZA; MENDES, 2007).

Neste estudo, a exposição foi ter sido atendido na Unidade de média complexidade nos meses Janeiro, fevereiro, março e abril no ano de 2018.

### **5.2 Local da Pesquisa**

A instituição onde o estudo foi realizado consiste em unidade de média complexidade que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de fazer a intermediação entre as unidades básicas de saúde e o hospital. Seu objetivo é diminuir as filas no pronto-socorro do hospital, evitando que casos de menor complexidade sejam encaminhados para a unidade hospitalar.

A unidade oferece atendimento a urgências clínicas e pediátricas, além de realizar o primeiro atendimento ao trauma estabilizando o paciente até a transferência para uma unidade de maior porte. Disponibiliza ainda de três consultórios médicos, sala de emergência para atendimento aos casos mais graves, leitos de observação pediátrica e clínica, acompanhado de sala para medicação e nebulização, sala de sutura e procedimentos.

Realiza acolhimento e classificação de risco, por meio do Protocolo de Manchester, o qual realiza a identificação dos pacientes por cores conforme a situação clínica, assim o atendimento não acontece por ordem de chegada, mas sim de acordo com a urgência de cada caso.

### **5.3 Sujeitos da Pesquisa**

A população de estudo foi constituída por todos os pacientes que foram

atendidos na Unidade de média complexidade, no período de janeiro a abril de 2018. Não houve critério de exclusão, todas as fichas dos atendimentos entraram no estudo.

#### **5.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada no período de 2 meses, pelas pesquisadoras, por meio de busca nos arquivos das fichas de atendimento, ou seja, o prontuário dos pacientes atendidos, as quais ficam armazenadas na Secretaria Municipal de Saúde.

A análise contemplou o número de pacientes atendidos nos meses de janeiro a abril no ano de 2018, conforme classificação de grau de risco, diferenciando pacientes encaminhados de pacientes por procura espontânea, além de identificar variáveis demográficas e desfecho após atendimento.

#### **5.5 Roteiro para coleta de dados**

17

O processo de avaliação de classificação de grau de risco da instituição está pautado no protocolo de Triagem de Manchester.

Os dados foram organizados em planilhas, para assim proceder a coleta. Para atingir o objetivo 1, os dados coletados nas fichas de atendimentos dos pacientes atendidos serão variáveis demográficas (idade e sexo).

Para alcançar o objetivo 2 as fichas foram analisadas, com vistas a comparar a cor de cada paciente obtida na classificação de grau de risco, e o tempo de espera entre o horário de abertura da ficha de atendimento e o horário em que o paciente foi medicado ou recebeu alta.

E para os objetivos 3 e 4, foi identificado nas fichas de atendimento se o paciente foi encaminhado ou procurou espontaneamente o serviço, bem como o desfecho do atendimento, se foi resolvido dentro da própria instituição com alta do paciente, ou encaminhado a outro serviço de saúde.

## 5.6 Análise dos dados

O processamento e análise dos dados foram realizados utilizando o programa Microsoft Office Excel 2010® e o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Foi aplicada análise descritiva, por meio de frequências absolutas e relativas.

## 5.7 Aspectos éticos da pesquisa

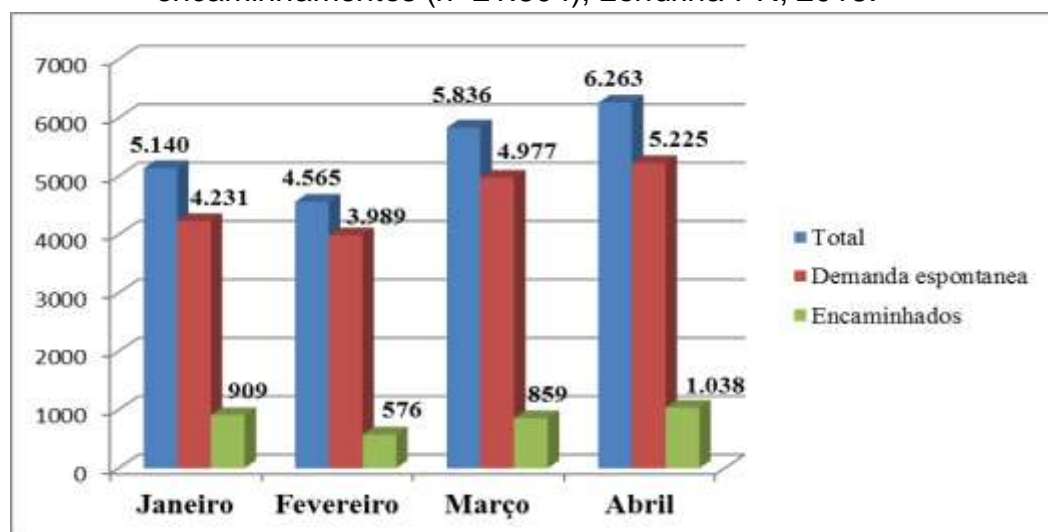
Atendendo a resolução nº Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado no dia 01/07/2018, por meio do parecer número: 2.747.562.

## 6 RESULTADOS

18

De Janeiro a Abril de 2018 foram realizados 21.804 atendimentos na unidade de média complexidade, sendo a procura espontânea maior que a demanda encaminhada por outros serviços, conforme descrito na figura 1.

**Figura 1** - Distribuição do número total de pacientes atendidos na unidade de média complexidade, segundo demanda espontânea e encaminhamentos (n=21.804), Londrina-PR, 2018.



Fonte: Souza e Silva (2018)



Os pacientes encaminhados foram em sua maioria provenientes da Atenção primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme descrito da Tabela 1.

**Tabela 1** – Procedência dos pacientes de encaminhamentos de acordo com grau de complexidade do serviço. (n=3.382), Londrina-PR, 2018.

Meses	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Encaminhamentos								
UBS	884	97,2	540	93,8	817	95,1	995	95,8
SAMU	25	2,8	36	6,2	25	2,9	23	2,2
Empresas	0	0	0	0	17	2,0	20	2,0

A distribuição das características dos pacientes atendidos segundo sexo, idade, classificação de risco, tempo de atendimento e desfecho do atendimento, estão apresentadas na Tabela 2.

19

**Tabela 2** – Distribuição dos pacientes atendidos na unidade de média complexidade, segundo sexo, idade, classificação de risco, tempo de atendimento e desfecho do atendimento nos meses de Janeiro a Abril de 2018, Londrina-PR, 2018.

Meses	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril	
	N	%	n	%	%	n	%	
<b>Variável</b>	<b>n</b>							
<b>Sexo</b>								
Masculino	2298	44,7	2052	44,8	2711	46,4	277 9	44,5
Feminino	2838	55,3	2525	55,2	3129	53,6	346 3	55,5
<b>Idade (anos)</b>								
≤01	247	4,8	137	3,0	256	4,4	263	4,2
02 – 11	700	13,6	702	15,4		1367	158 0	25,2
12 – 59	3731	72,6	3237	70,9		3684	393 5	62,8
≥60	462	9,0	489	10,7	529	9,1	485	7,7

<b>Mediana de idade</b>	19		29		26		25	
<b>Média (DP*) de idade</b>	31,8(18,9)		32(20)		29(18,9)		27(20)	
<b>Classificação de risco</b>								
Vermelho	1	0,02	0	0,00		5	3	0,05
				0,09				
Amarelo	536	10,4	218	4,81		819	104	16,78
		9		14,04			7	
Verde	4356	85,2	4206	92,87		4753	489	78,43
		8		81,50			4	
Azul	215	4,21	105	2,32		255	296	4,74
				4,57				
<b>Tempo de atendimento (horas)</b>								
<1	1470	62,3	1466	67,7		1714	158	51,0
				56,7			2	
1 – 2	706	29,9	572	26,4		898	923	29,8
				29,7				
>2 – 3	160	6,8	105	4,9		313	417	13,4
				10,4				
>3	25	1,1	21	1,0		97	180	5,8
				3,2				
<b>Média do tempo</b>	00:58		01:04		01:06		01:05	
<b>Desfecho do atendimento</b>								
Alta	4631	91,8	4145	92,46		5390	575	92,18
		7		92,6			2	
Encaminhado hospital	340	6,74	287	6,40		429	488	7,82
				7,37				
Não aguardou atendimento	70	1,39	49	1,09		0	0	0,0
				0,0				
Óbito	0	0,0	2	0,04		1	0	0,0
				0,02				

\*Desvio Padrão

A distribuição das características dos pacientes possibilitou identificar prevalência do sexo feminino, com idade média oscilando entre 27 e 32 anos, entre Janeiro e Abril de 2018, com classificação de grau de risco predominante na cor verde, que preconiza atendimento em até 120 minutos. Entretanto, a maior média de

tempo para espera de atendimento foi no mês de Março, 01:06 horas, vale ressaltar que o indicador do Ministério da Saúde considera tempo de atendimento, do horário de abertura da ficha de atendimento até o horário da consulta médica, e neste estudo foi considerado o horário de administração de medicamento pelo profissional de enfermagem e/ou alta após atendimento pelo profissional médico.

Ainda foi possível observar no desfecho que a maioria dos pacientes não são encaminhados, mas recebem alta na unidade demonstrando resolatividade no atendimento, e apesar da média de tempo de atendimento estar abaixo do preconizado, o numero de pacientes que não aguardam atendimento é significativo.

## **7 DISCUSSÃO**

As unidades de media complexidade consistem em serviços organizados, para atender a qualquer pessoa que procure, sem agendamento prévio ou limite de consultas, com caráter de urgência ou emergência (GOMIDE et al., 2012).

Consideraram-se os conceitos de urgência e emergência sendo a primeira a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, e a segunda, como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida (CRM, 2006).

Entretanto, os resultados deste estudo evidenciaram prevalência de atendimento de usuários pouco urgentes, categorizados como verde e azul durante a avaliação para classificação de grau de risco.

Estudos realizados em outros países também verificaram sobrecarga das unidades de urgência e emergência com pacientes não urgentes. Brackman et al. (2008 apud AMARANTE, 2014) estimaram que mais de 55% dos atendimentos aos serviços de emergência nos EUA e Europa foram por problemas não urgentes. No Brasil, a prevalência do uso equivocado destes serviços variou de 24,2% no estudo de Carret et al. (2007), a 39% no estudo de Stein (2002). Números que permanecem atuais quando comparados aos números identificados no presente estudo.

Estudo realizado no estado de São Paulo revelou que 70% da demanda que busca atendimento em unidade de urgência e emergência teve classificação verde, e que a grande procura se deve à facilidade de acesso a esses serviços (PAGLIOTO

et al., 2016).

Outros estudos também realizados em São Paulo levantaram os motivos pelos quais os usuários procuravam o pronto atendimento local. Eles alegavam ser uma opção de atendimento, devido à baixa resolubilidade da atenção primária, à tecnologia disponível no local, à agilidade no atendimento (CASAROTTO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2011).

Além da agilidade para atendimento, já que a maior média de tempo para atendimento foi de 01:06 horas somado a resolutividade, visto que grande parte dos atendimentos foram solucionados dentro da própria unidade sem a necessidade de encaminhamento a serviços especializados, demonstrado pelo quantitativo de pacientes que apresentaram desfecho de alta.

Pesquisa realizada no Mato Grosso do Sul em pacientes classificados na cor azul evidenciou que os principais motivos referidos pelos usuários pela busca da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foram à demora no atendimento e ausência do médico na unidade básica (PICOLI; CAZOLA; MAURER, 2016).

22

Estudos brasileiros realizados demonstraram grande procura da UPA por queixas que poderiam ser resolvidas na atenção primária (ALMEIDA, 2018).

Em pesquisa realizada no serviço de emergência e emergência de Singapura, sobre a resolutividade das intervenções que objetivam diminuir a demanda de usuários não urgentes em serviços de urgência, observou que as campanhas de educação pública resultaram em uma queda na proporção de pacientes inadequados que utilizavam os serviços de 67% para 27% (AMARANTE, 2014).

Importância identificada ao observarmos na tabela 2, o número de pessoas não aguardaram atendimento. A alta prevalência do uso inadequado dos serviços de urgência é preocupante, pois aumenta os custos do sistema de saúde, aumenta a demanda dos serviços de urgência com atendimentos que poderiam ter resolutividade em outros níveis de atenção e que de certa forma competem com casos realmente urgentes (AMARANTE, 2014).

Nessa perspectiva, as unidades de atendimento as urgências e emergências têm trabalhado com demanda superior à sua capacidade, muitas vezes por atenderem queixas que podem ser solucionadas na atenção primária, o que faz com

que a organização e responsabilidade de cada nível seja motivo de discussão (ALMEIDA, 2018).

Além de causar prejuízos ao paciente, os profissionais também sofrem consequências dessa demanda elevada, gerando sobrecarga, estresse profissional e dificuldade de gerenciamento dos insumos e medicamentos. Pesquisa qualitativa realizada em UPA no centro-oeste mineiro abordou o sentimento dos enfermeiros, os quais expressam a impotência diante da grande demanda e a fala de que 80 a 90% dos pacientes poderiam ser atendidos em unidades básicas de saúde, pois suas queixas não são urgentes ou recentes (RATES; ALVES; CAVALCANTE, 2016).

Neste cenário, faz-se essencial o monitoramento da utilização dos serviços de saúde como forma de subsidiar a gestão, por meio da implementação de programas que propiciem a atuação conjunta entre os serviços de saúde e a responsabilidade de cada nível de atenção, a fim de contribuir para qualificação, com consequente resolutividade no atendimento.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a realização dessa pesquisa foi possível caracterizar a demanda em uma unidade de média complexidade do Norte do Paraná, observou-se predominância pacientes do sexo feminino com idade média de 32 anos. Quanto a classificação de grau de risco observou-se predominância na cor verde, sendo a maior média para tempo de atendimento de 01:06 horas, no mês de março, embora alto índice de atendimentos diários percebe-se uma grande resolutividade dentro da própria unidade. A alta demanda de atendimentos que poderiam ser resolvidos em uma unidade de menor complexidade, acarreta em uma sobrecarga ao serviço gerando custos mais altos, maior tempo de espera e dificuldades de trabalho a equipe multiprofissional.

Uma das limitações da pesquisa foi de encontrar estudos direcionados a este público, são necessárias mais pesquisas para caracterização dos mesmos. Enfim uma estratégia importante a ser realizada é investir na qualificação dos profissionais da contra referência que fazem a classificação de grau de risco e encaminham estes pacientes, para que eles também possam orientar os pacientes as buscas corretas pelo atendimento.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kelviani Ludmila dos Santos. **Perfil de uma unidade de pronto atendimento e ferramentas educativas relativas ao acolhimento com classificação de risco**. 2018. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.

AMARANTE, Lidiane Cintia de Souza et al. **Caracterização da demanda dos serviços de saúde em unidades de pronto atendimento segundo critérios classificação de risco, características sociodemográficas e superutilização**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia - Área da saúde coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O Sus de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios**. 3. ed. Brasília – DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília – DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília – DF, 2013.

CARRET, Maria L. V.; FASSA, Ana Claudia G.; KAWACHI, Ichiro. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services Research**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 131, 2007.

CASAROTTO, Marina et al. “Eu fui ao posto mais próximo...”: livre demanda do pronto socorro de um hospital universitário. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 4, n. 3, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Legislação**. 1988. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>. Acesso em: 09 nov. 2018.

DINIZ, Aline Santos et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Rev. Eletr. Enferm**, [s.l.], v. 16, n. 2, 2014, p. 312-20. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a06.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2018.

DRIESSNACK, Martha; SOUZA, Valmi D.; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [s.l.], v.15, n. 5, p. 1-6, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt\\_v15n5a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza et al. Perfil de usuários em um serviço de pronto atendimento. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 31-38, 30 mar. 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/47569>.

Acesso em: 10 nov. 2018.

OHARA, Renato; MELO, Márcia Regina Antonietto da Costa; LAUS, Ana Maria. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 749-754, Oct. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 nov. 2018.

OLIVEIRA, Gabriella Novelli et al. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 548-556, 2011.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: Percepção da Enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 238-344, jan./mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt\\_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf). Acesso em: 02 maio 2018.

PAGLIOTTO, Laura Formigoni et al. SMF. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. **CuidArte enfermagem**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 148-55, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/148-155.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2018.

PÍCOLI, Renata Palópoli; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; MAURER, Nilda M. de Jesus Santos. Usuários de classificação de risco azul em uma unidade de pronto atendimento. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43044>. Acesso em: 10 dez. 2018.

PINTO JÚNIOR, Domingos; SALGADO, Patrícia de Oliveira; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Validade preditiva do Protocolo de Classificação de Risco de Manchester: avaliação da evolução dos pacientes admitidos em um pronto atendimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Belo Horizonte, [s.l.], v.20, n. 6, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_05.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

RATES, Hosana Ferreira; ALVES, Marília; CAVALCANTE, Ricardo Bezerra. Acolhimento com classificação de risco: que lugar é esse? **Revista Cofen**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 52-56, 2016. Disponível em: [revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/795](http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/795). Acesso em: 20 out. 2018.

SOUZA, Cristiane Chaves; ARAÚJO, Francieli Aparecida; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.49, n.1, p. 144-151, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103174>. Acesso em: 10 mar. 2018.

STEIN, A. T. et al. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. **Family practice**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 207-210, 2002.