

A qualidade do atendimento oferecido pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) do Brasil: uma revisão narrativa

The quality of care offered by Emergency Care Units (UPAS) in Brazil: a narrative review

La calidad de la atención ofrecida por las Unidades de Atención de Emergencia (UPAS) en Brasil: una revisión narrativa

Sávio de Jesus Fraga Leite¹, Jamilly Gusmão Coelho¹, Rebeca Sousa Campelo², Kettone Victoria Alves Rios³, Lara Oliveira Santana Rocha⁴, Kate Kristiny da Silva Pacheco⁴, Anna Tereza Sales Veiga Sena³, Manuela Monteiro de Menezes Oliveira⁴, Enzo Pietro Oliveira Almeida³, Alisson Moreira Luz⁴.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de atendimentos prestados pelos prontos-socorros de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) do Brasil. **Revisão Bibliográfica:** As UPAs possuem regime de funcionamento contínuo, durante 24 horas por dia, e todos os dias da semana, e o objetivo primordial é a prestação de atendimento qualificado aos indivíduos que apresentam quadros agudos ou agudizados de cunho clínico, bem como o primeiro auxílio e atendimento aos pacientes com quadro clínico de natureza cirúrgica e trauma. A partir da leitura criteriosa dos textos selecionados, foi possível observar a qualidade de serviço em Unidades de Pronto Atendimento possui fragilidades logo no momento de entrada do usuário no serviço de urgência e emergência, que pode comprometer a segurança e o bem-estar do paciente que já se encontra em uma posição de condição de saúde vulnerável. **Considerações finais:** As deficiências encontradas dentro do serviço de urgência e emergência comprometem a efetividade e qualidade de prestação de serviço para com o paciente, na qual, pode levar à um aumento de sofrimento físico ou psicológico deste indivíduo, que já se encontra em um estado de vulnerabilidade clínica.

Palavras-chave: Unidade de pronto atendimento, Qualidade de atendimento, Pronto-socorro.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of care provided by the emergency rooms of Emergency Care Units (ECU) in Brazil. **Bibliographic review:** The UPAs operate continuously, 24 hours a day, every day of the week, and the primary objective is to provide qualified care to individuals with acute or worsening clinical conditions, as well as the first assistance and care for patients with a clinical condition of a surgical nature and trauma. From the careful reading of the selected texts, it was possible to observe that the quality of service in Emergency Care Units has weaknesses at the moment the user enters the urgency and emergency service, which can compromise the safety and well-being of the patient who is already in a position of vulnerable health condition. **Final considerations:** The deficiencies found within the urgency and emergency service compromise the effectiveness and quality of service delivery to the patient, which can lead to an increase in physical or psychological suffering of this individual, who is already in a state of clinical vulnerability.

Keywords: Emergency care unit, Quality of care, Emergency room.

¹ Faculdade de Saúde Santo Agostinho (FASA), Afya Educacional, Vitória da Conquista – BA.

² Universidade Gurupi (UNIRG), Gurupi – TO.

³ Universidade Estadual do Sudoeste (UESB), Vitória da Conquista – BA.

⁴ Centro Universitário UniFTC (UNIFTC), Salvador – BA.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención prestada por los servicios de urgencias de las Unidades de Atención de Emergencia (UPAS) de Brasil. **Revisión bibliográfica:** Las UPA funcionan en forma continua, las 24 horas del día, todos los días de la semana, y su principal objetivo es brindar atención calificada a las personas con cuadros clínicos agudos o agravados, así como la primera asistencia y atención a los pacientes con un cuadro clínico. condición de naturaleza quirúrgica y trauma. A partir de la lectura atenta de los textos seleccionados, fue posible observar que la calidad del servicio en las Unidades de Atención de Emergencia presenta debilidades en el momento que el usuario ingresa al servicio de urgencia y emergencia, lo que puede comprometer la seguridad y el bienestar del paciente que ya se encuentra en una posición de condición de salud vulnerable. **Consideraciones finales:** Las deficiencias encontradas dentro del servicio de urgencias y emergencias comprometen la efectividad y calidad de la prestación del servicio al paciente, lo que puede derivar en un aumento del sufrimiento físico o psíquico de este individuo, quien ya se encuentra en un estado de vulnerabilidad clínica.

Palabras clave: Unidad de atención de urgencias, Calidad asistencial, Urgencias.

INTRODUÇÃO

Na década de 1980 passou a ser discutido um sistema de saúde onde qualquer brasileiro tivesse acesso e com respeito as necessidades distintas de saúde de todas as pessoas. Por conta dessas discussões, em 19 de setembro de 1990 foi assinada a Lei nº 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2020).

Com a criação do SUS, o serviço de saúde se tornou universal e, devido à alta demanda de pacientes, foi necessária a criação de novas tecnologias para organizar o atendimento em rede. Com isso, ocorreu a organização do Sistema em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde: atenção básica, de média e alta complexidade (BRASIL, 2007).

Além dos agravos em saúde de cunho crônico, passou-se a ter interesse no atendimento mais efetivos para condições de urgência e emergência, ou seja, de caráter agudo. Ademais, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) (Resolução 1451/95), define-se urgência como a ocorrência imprevista à saúde com ou sem risco potencial de vida, na qual, o indivíduo carece de assistência médica imediata, ao passo que, conceitua-se emergência como a constatação médica de condições de agravo à saúde que demonstram risco iminente de vida ou sofrimento intenso, requerendo, também, tratamento médico de forma imediata.

Destarte, no que tange as situações de Urgência e Emergência, no ano de 2003, o Ministério da Saúde arquitetou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) para assegurar a integralidade, universalidade e a equidade no atendimento às situações de urgências (IBÁÑEZ N, 2013). A criação desta Política se apresenta como o um dos mais importantes marcos da orientação do Sistema Único de Saúde aos serviços de assistência pré-hospitalar (ROCHA R e FERNANDES LMS, 2016).

Ao passar dos anos, com a reformulação da PNAU em 2011, foi estabelecida a Rede de Atenção às Urgências, com a finalidade de reordenar, de maneira coordenada, a atenção à saúde frente à casos de urgência e emergência. A partir disso, obtêm-se uma melhor organização, definição de fluxos e adequação dos referenciamentos entres os diferentes pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2020).

Para possibilitar um melhor acesso e capacidade de atendimento do SUS, instituiu-se, como parte da antiga Política Nacional de Atenção às Urgências e da atual Rede de Atenção às Urgências, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), para concentrar os casos clínicos de complexidade intermediária e participar da composição organizada da rede de saúde em conjunto com a atenção hospitalar, domiciliar, atenção básica e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (BRASIL, 2020). O processo de implantação das Unidades de Pronto Atendimento iniciou-se no ano de 2007, com o estado do Rio de Janeiro como pioneiro. No entanto, a portaria de regulação federal para a implantação desta forma de serviço de saúde se deu no ano seguinte,

em 2008, com definições normativas que exigiam a presença de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de uma rede hospitalar de referência e de atenção primária que tenham uma abrangência de 50% ou em desenvolvimento, em municípios com, ao menos, 50 mil habitantes (O'DWYER G, et al., 2017),

De acordo com Brasil (2020), as UPAs possuem regime de funcionamento contínuo, durante 24 horas por dia, e todos os dias da semana. Além disso, o objetivo primordial é a prestação de atendimento qualificado aos indivíduos que apresentam quadros agudos ou agudizados de cunho clínico, bem como o primeiro auxílio e atendimento aos pacientes com quadro clínico de natureza cirúrgica e trauma.

Ademais, também têm responsabilidade sobre a observação de pacientes, por um período até de 24 horas, para estabelecimento diagnóstico ou manutenção de estabilidade clínica ou, caso seja necessário, garantir o encaminhamento dos pacientes que não obtiveram elucidação do quadro clínico para outros níveis de atenção à saúde, como forma de garantir a continuidade do cuidado (BRASIL, 2020).

Um levantamento realizado por Rocha R e Fernandes LMS (2016), acerca do impacto das Unidades de Pronto Atendimento no Rio de Janeiro nos indicadores de mortalidade entre os anos de 2000 e 2011, demonstrou que, apesar de não ter sido verificado contribuições significativas sobre a taxa de mortalidade geral, foram evidenciados efeitos de ampla magnitude sobre taxas de mortalidade em contextos específicos, sobretudo em situações de exposição à agravos a saúde nas ruas. Além disso, destacaram-se a redução de óbitos em hospitais, o que sugere que as UPAs atuaram na redução da demanda de atendimento hospitalar, por conta da realização de atendimento básico inicial.

Por conseguinte, mais recentemente, uma pesquisa feita por Silva MF, et al. (2019), sobre o impacto da Unidade de Pronto Atendimento sobre os indicadores de morbimortalidade no estado do Rio Grande do Norte e região metropolitana de Natal no período de 2010 a 2016, evidenciou que a instalação de uma UPA em determinado município está relacionada a um declínio, em média, de 1,59 morte anual por doenças do aparelho digestivo e 0,78 óbito anual por enfermidades desta categoria em hospitais. Contudo, a análise em contexto de taxas de mortalidade geral, os resultados não demonstram impacto tão significativo quando comparados aos benefícios em casos de morbidades de aparelhos orgânicos específicos.

Com base no exposto, o objetivo desta revisão narrativa foi avaliar a qualidade de atendimentos prestados pelos prontos-socorros de UPAs do Brasil, com ênfase em verificar os problemas relacionados ao atendimento de Unidades de Pronto Atendimento e indiciar os pontos fortes e fracos envolvidos para o estabelecimento do padrão de serviço de urgência e emergência do País.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Unidade de Pronto Atendimento se caracteriza como um componente pré-hospitalar fixo para cuidar de casos agudos ou situações de saúde agudizadas, que se classificam como condições de urgência e emergência, como por exemplo, *“a atenção prestada aos pacientes portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática, ou ainda psiquiátrica, em que possa levar a sofrimentos, sequelas ou mesmo a morte, oferecendo também, transporte adequado para um serviço hierarquizado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência”* (O'DWYER G, et al, 2017; BRASIL, 2006).

No entanto, nos últimos anos, diversos estudos apontam para uma assistência ineficaz, realização de práticas inadequadas e instabilidade de recursos financeiros, materiais e humanos, que ocasionam déficits e impactos negativos no processo de cuidado e qualidade de atendimento ao usuário do serviço de saúde (OLIVEIRA SN, et al., 2015).

Sendo assim, os fatores que corroboram para a dificuldade em se estabelecer um atendimento eficaz e de qualidade ao paciente de uma UPA em diversos pontos do Brasil, possuem diversas vertentes, desde impasses no momento de acolhimento até o processo de encaminhamento dentro da Rede de Atenção à Saúde (OLIVEIRA SN, et al., 2015).

O acolhimento com classificação de risco (AACR) através de meios protocolares, em serviços de emergência, é necessária para articulação da rede de atendimento e para agilizar a prestação de serviço de

saúde de acordo com o quadro de gravidade clínica emergencial, sobretudo, de idosos. Todavia, essa forma de estratificação pode levar a maiores de tempos de espera e maiores riscos com casos de necessidades sociais complexas e ocasionar queixa clínicas quanto ao atendimento (BURKETT B, et al., 2017).

Em um estudo realizado por Rissardo LK, et al. (2019), em uma UPA de um município no noroeste do Paraná, que avaliou a dinâmica de cuidado ao idoso, os profissionais de saúde do serviço relataram que, em decorrência da fragilidade, limitações devido à senilidade e senescência, e vulnerabilidade em saúde, a prática de atendimento para idosos frágeis na respectiva Unidade de Pronto Atendimento tem de ser reformulada para uma melhor prestação de atendimento. Isso se dá por conta da quantidade de deslocamentos realizadas por essa população quando estão em classificação de risco baixo, ou seja, verde e azul, na qual, ao chegar na recepção para preenchimento de ficha, o idoso é encaminhado para a área de classificação de risco, e caso seja atribuído risco baixo ao seu quadro clínico, é novamente direcionado para recepção para aguardar o momento da consulta médica.

Hermida PMV, et al. (2018), em uma pesquisa descritiva, desenvolvida em uma Unidade de Pronto Atendimento do estado de Santa Catarina, acerca da perspectiva dos médicos e enfermeiros sobre ao acolhimento com classificação de risco, denotaram que os profissionais apontaram a dimensão do processo de atividades realizadas e relações estabelecidas no atendimento com valores baixos de satisfação, ao passo que a estrutura, que engloba os recursos humanos, materiais, financeiros e organizacionais, foi avaliada como satisfação intermediária. Contudo, apesar de as médias não indicarem satisfação plena dos participantes com todas as dimensões do ACCR, o produto final da assistência prestada, ou seja, o resultado do atendimento pelo acolhimento da classificação de risco, obteve a média mais bem avaliada, próxima do desejável de acordo com o escore de Ranking Médio utilizado na análise dos dados pelos autores.

Dessa forma, para prestar um atendimento de qualidade e eficiência aos pacientes desta UPA, os autores consideram relevante a priorização da adequada da estrutura física dos serviços emergência, uma vez que é um ponto fundamental para a prestação de cuidados, como uma medida de construção de ações de saúde efetivas e humanizadas (HERMIDA PMV, et al., 2018).

De forma semelhante, Cunha SGS, et al. (2020), afirma que para garantir a segurança do indivíduo que está em atendimento médico sob responsabilidade da Unidade de Pronto Atendimento, é imprescindível a criação de políticas, rotinas e normas, somado a ocorrência de investimentos em infraestruturas, equipamentos e materiais, uma vez que, quando ausentes, acabam por tornar a rotina de atividades lentas e prejudicadas.

Dessarte, segundo Vashi AA, et al. (2019), o serviço de atendimento de urgência e emergência exerce um papel fundamental na rede de sobrevivência para condições agudas, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trauma, ou quadros clínicos agudizados.

Os autores desenvolveram uma lista das condições de saúde sensíveis a atendimento de emergência (ECSC, do inglês *Emergency Care-Sensitive Conditions*) oportuno, para auxiliar na construção de monitoramento de qualidade de atendimento de emergência mais ampla, na qual classificaram 51 de 71 grupos de enfermidades do estudo como ESCS e das 114.323.044 visitas calculadas ao pronto-socorro em 2016, houve 16.033.359 de condições de saúde sensíveis a atendimento de emergência (VASHI AA, et al., 2019)

Por conseguinte, as principais causas de condições de saúde sensíveis a atendimento de emergência envolveram Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) (10,7%), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (7,9%), pneumonia (7,9%), asma (6,1%) e insuficiência cardíaca (5,7%). No entanto, apesar da quantidade de casos de condições sensíveis à atendimento de emergência, uma grande maioria das visitas ao pronto-socorro, correspondente à 86%, não estava relacionada à estas condições, o que pode influenciar na probabilidade menor dos serviços de emergência de afetarem os resultados do paciente (VASHI AA, et al., 2019).

Somado a isso, Sampaio RA, et al. (2021), inferiram, em uma pesquisa transversal, com coleta de dados secundários, em uma UPA do centro-norte do estado de Goiás, a maioria dos atendimentos ocorridos (70%),

são caracterizados como pouco urgentes (59,3%) e não urgentes (11,4%) no triênio de 2016 a 2018. Com isso, verificou-se a necessidade para redução de procura assistencial básica em serviço de maior densidade tecnológica, como forma de garantir melhor fluxo e qualidade de atendimento, por meio de esclarecimento da população sobre a classificação de risco em serviços de emergência. Isso se dá por conta do esgotamento físico e exaustão emocional tanto de profissionais de saúde, quanto dos pacientes, em decorrência da elevada demanda e reclamações dos usuários, corroborando para a permanência de altos índices de estresse e desentendimentos (SAMPAIO RA, et al., 2021).

Correlação a auto percepção de urgência que levam os pacientes para atendimento na UPA, segundo Sousa CLA e Souza MKB (2022), em sua pesquisa descritiva desenvolvida em Palmas, localizada na região Norte do Brasil, os usuários não relacionam que a resolução do seu problema de saúde pode ser obtida em Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF), seja por conta do grau de percepção de urgência e/ou pelas barreiras encontradas ao acesso na atenção primária. Dessa forma, a busca imediata pela UPA para resolutividade de problemas de saúde de baixa complexidade, altera o fluxo organizacional dos serviços (SOUSA CLA e SOUSA MKB, 2022).

Com isso, o processo de acolhimento com classificação de risco, apesar de ter apresentado resultado em estabelecer prioridade de atendimentos mais graves à saúde e com maior potencial de fatalidades, o aumento na quantidade de usuários que são estratificados como pouco urgentes ou não urgentes, gera sobrecarga na rede de atendimento e, por conseguinte, ocasiona níveis elevados de estresse na equipe de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares, resultando em índices de qualidade de atendimento baixos. Outrossim, ao avaliar a qualidade de serviço das Unidades de Pronto Atendimento, um ponto, também relevante, a se levar em consideração é o processo de aplicação de medicamentos. À vista disso, no ano de 2017, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o terceiro Desafio Global para a Segurança do Paciente: Medicação sem Dano, que objetivou a diminuição de danos graves evitáveis com a utilização de medicamentos, em 50%, nos cinco anos seguintes (SANTOS PRA, et al., 2019).

A partir disso, Santos PRA, et al. (2019), realizaram uma pesquisa, qualitativa no cenário de uma UPA, no interior do Estado de São Paulo, no período de junho de 2015 a abril de 2016, com trinta e três trabalhadores de enfermagem de ambos os sexos, para identificar os riscos e ocorrência de incidentes associados ao processo de terapia medicamentosa. Com isso, foram destacados erros na identificação do paciente no momento da aplicação de medicamentos; carências na segurança do preparo da medicação, e problemas relacionados à seleção e dispensação dos medicamentos.

No que tange a falha na segurança do preparo da medicação, observou-se que, em decorrência da produção de prescrição médica de forma manual, os trabalhadores da enfermagem encontram dificuldade para compreensão do medicamento, por conta, sobretudo de ilegibilidade, que pode ocasionar desfechos graves e fatais, e comprometer a qualidade do cuidado, uma vez que o erro atribuído a prescrição, pode inviabilizar a dispensação segura e administração do fármaco pela equipe, e gerar gastos adicionais ao Serviço de saúde, resultando em atrasos na assistência ao paciente (SANTOS PRA, et al., 2019).

Os casos de atrasos de atendimentos e desorganização do fluxo de serviço, que prejudica qualidade de serviço, também podem ser acentuados por diversos outros motivos, como falha de comunicação entre diferentes setores da Unidade de Pronto Atendimento. A partir disso, como forma de promover continuidade, a potencialização qualificação do cuidado e comunicação efetiva, os sistemas de informação em saúde (SIS) surgem no contexto da Unidade de Pronto Atendimento, como um conjunto de componentes para processar, coletar, armazenar e distribuir informações, para auxiliar na tomada de decisões pela equipe profissional, como forma de contribuição para a segurança do paciente (ABDULLA AAMA, et al., 2017).

No entanto, Gomes DS, et al. (2020) evidenciaram em seu estudo de caso qualitativo que existem fragilidades em relação aos hardware e software reconhecidas por profissionais, em uma UPA de um município de médio porte no Estado de Minas Gerais, que atrasam os atendimentos e descontinuidade do fluxo de trabalho. As falhas de hardware e software ocasionam inatividades em SIS, com momentos de déficit no acompanhamento de resultados de exames, tendo em vista o atraso no acesso à informação. Com isso,

a tomada de conduta clínica é comprometida e adiada, fazendo com o que os pacientes sejam submetidos à riscos. Por conseguinte, a utilização não adequada ou a subutilização da tecnologia por profissionais da equipe de saúde podem gerar registro de informações incompletas no sistema ou negligência de informações e, portanto, gerando uma baixa qualidade de atendimento e conduta para com os pacientes (GOMES DS, et al., 2020).

Além disso, é necessário ressaltar que, uma vez que as Unidades de Pronto Atendimento possuem a responsabilidade com a integralidade da assistência, é necessário um processo de referência bem articulada e implantada na própria cidade e fora dele quando houver necessidade (BRASIL, 2006). A partir disso, Hermida PMV, et al. (2022), em seu estudo descritivo com 30 profissionais em uma UPA de um município de Santa Catarina, identificaram as facilidades e entraves para a referência de pacientes, apontados pela equipe de médicos e enfermeiros.

Os participantes da pesquisa apontaram que a presença de fatores específicos do quadro clínico do paciente serve como facilitadores para referenciá-lo a um serviço especializado de atendimento, como por exemplo, a ocorrência de enfermidades específicas à uma especialidade, como o infarto agudo do miocárdio; ou quando o paciente apresenta um quadro clínico de maior gravidade e preenche adequadamente os critérios estabelecidos pelo serviço para transporte pelo Serviço de Atendimento Móvel (HERMIDA PMV, et al., 2022).

Contudo, ainda são diversos os fatores de entrave para o referenciamento do paciente. Os profissionais desta Unidade de Pronto Atendimento em Santa Catarina relataram que dentre os pontos dificultosos para esse processo articulado, deflagram a dificuldade de contato por telefone para obtenção de vagas de atendimento, de leitos comuns e, sobretudo de leitos de UTI, somado ao estado de superlotação em todos os serviços hospitalares da região. Ademais, o déficit em relação ao transporte de pacientes com situação clínica estável e a falta de ambulâncias para realização desse deslocamento se tornam um fator estressor e de impacto na qualidade do cuidado do paciente (HERMIDA PMV, et al., 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de acolhimento com classificação de risco, apesar de ter apresentado resultado em estabelecer prioridade de atendimentos mais graves à saúde e com maior potencial de fatalidades, o aumento na quantidade de usuários que são estratificados como pouco urgentes ou não urgentes, gera sobrecarga na rede de atendimento e, por conseguinte, ocasiona níveis elevados de estresse na equipe de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares, resultando em índices de qualidade de atendimento baixos. Além disso, a falta de utilização adequada dos sistemas de informações, seja por falhas do próprio sistema ou por déficit do componente operacional, leva à produção de registros inadequados, que somado com a ilegibilidade da escrita de muitas prescrições, ou prontuários, de forma manual, compromete a segurança e o bem-estar do paciente que já se encontra em uma posição de condição de saúde vulnerável. Portanto, o conhecimento acerca das deficiências encontradas dentro do serviço de urgência e emergência que comprometem a efetividade e qualidade de prestação de serviço, corrobora para proporcionar soluções e medidas de correção para que o paciente, em todas as suas dimensões, receba o melhor cuidado em saúde possível e com mínimo de sofrimento para sua condição clínica.

REFERÊNCIAS

1. ABDULLA AAMA, et al. The reality of integrating the dimensions of computerized health information systems in Dar Al-Shifa Medical Complex. IJEAIS, 2017; 1(9): 80-104.
2. AMARANTE LCS, et al. Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de unidades de pronto atendimento. Revista de Salud Pública, 2020; 22(4).
3. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. 1ª ed. Brasília: CONASS, 2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Brasília: 2020.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). 2020. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus#:~:text=Em%2019%2F9%2F1990%20foi,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus#:~:text=Em%2019%2F9%2F1990%20foi,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).) Acessado em: 2 de jun. de 2021.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. BRENDA MEC, et al. Trabalho em equipe em unidade de pronto atendimento. *Revista da Semana Acadêmica do Curso de Medicina da UFFS*, 2018; 1(1).
8. CUNHA SGS, et al. Implementação de núcleo de segurança do paciente em unidade de pronto atendimento: perspectiva dos enfermeiros. *Revista Baiana de Enfermagem*, 2020; 34.
9. GOMES DS, et al. Utilização de sistema de informação e suas influências sobre a segurança de pacientes. *Rev. cub. inf. cienc. salud*, 2020; 31(4).
10. GOUVEIA MT, et al. Análise do acolhimento com classificação de risco em unidades de pronto-atendimento. *Rev Min Enferm*, 2019.
11. HERMIDA PMV, et al. Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. *Rev. esc. enferm.*, 2018; 52.
12. HERMIDA PMV, et al. Contrarreferência em unidades de pronto atendimento: discurso do discurso coletivo. *Rev. Bras. Enferm.*, 2019; 72.
13. HERMIDA PMV, et al. Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. *Esc. Anna. Nery*, 2022; 26.
14. IBÁÑEZ N. Os hospitais e a rede de atenção às urgências e emergências: desafios. *Rev Conselho Nacional Secretários Saúde*, Brasília, DF, 2013; 3(7): 39-43.
15. LIMA ACMG, et al. Perfil dos atendimentos por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma unidade de pronto atendimento. *Rev. esc. enferm.*, 2019; 53.
16. O'DWYER G, et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2017; 51.
17. OLIVEIRA SN, et al. Unidade de pronto atendimento: percepção da enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2015; 24(1): 238-44.
18. RISSARDO LK, et al. Avaliação da dinâmica do cuidado ao idoso em uma unidade de pronto atendimento. *Rev. Bras. Enferm.*, 2019; 72.
19. ROCHA R, FERNANDES LMS. O impacto das unidades de pronto atendimento (UPAS) 24h sobre indicadores de mortalidade: evidências para o Rio de Janeiro. *Pesquisa e Planejamento econômico*, 2016; 46(3), 2016.
20. ROTHER ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta paul. enferm.*, 2007; 20(2).
21. SAMPAIO RA, et al. Atendimento e demanda em uma unidade de pronto atendimento do centro-norte do estado de Goiás, Brasil. *EVS Goiânia*, 2021; 48: 1-6.
22. SANTOS PRA, et al. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. *Rev. gaúch. enferm*, 2019; 40.
23. SILVA RM, et al. Estudos quantitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral: Edições UVA, 2018.
24. SILVA WF, et al. A classificação de risco segundo a percepção do usuário dos serviços de saúde de uma unidade de pronto atendimento em imperatriz-MA, Brasil. *Research, Society and Development*, 2021; 10(14).
25. SOUSA CLA, SOUZA MKB. Aspectos da demanda em unidade de pronto atendimento 24h. *Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, 2022; 9(1): 30-41.
26. VASHI AA, et al. Identification of emergency care-sensitive conditions and characteristics of emergency department utilization. *JAMA Netw Open*, 2019; 2(8).