

# PERFIL DE ATENDIMENTO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICA DE CASCAVEL/PR

DE BRITO, Beatriz<sup>1</sup>  
CAVALLI, Luciana Osório<sup>2</sup>

## RESUMO

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a política de acolhimento com classificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento do Brasil, seguindo, majoritariamente, o protocolo de Manchester. Essa prática tem como objetivo aprimorar a qualidade e agilidade do serviço, a fim de priorizar atendimentos urgentes e emergentes. Este estudo, tem como finalidade analisar qual o perfil de atendimento da UPA pediátrica Tancredo Neves de Cascavel-PR, para identificar se essa unidade está sendo utilizada para sua devida finalidade em que se enquadram os agravos agudizados, estratificando qual a distribuição dos pacientes de acordo com a classificação de risco por cores. **Objetivo:** analisar qual percentual de distribuição dos usuários classificados de acordo com o protocolo de Manchester em Unidade de Pronto Atendimento pediátrica de Cascavel-PR. **Metodologia:** trata-se de um estudo retrospectivo de corte transversal, realizado com dados retirados de prontuários dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento Tancredo Neves no município de Cascavel-PR. **Resultados:** Foram analisados 9.878 prontuários os quais foram separados de acordo com a classificação de risco, sexo, idade e queixas principais. **Conclusão:** Constatou-se que o perfil de atendimento realizado na Unidade foi majoritariamente de consultas de classificação verde e amarela, divergindo do que é preconizado para o acolhimento em uma Unidade de Pronto Atendimento. O sexo masculino liderou a demanda dos atendimentos da UPA, a faixa etária de dois anos foi a mais expressiva e a principal queixa referida entre os pacientes foi a febre.

**PALAVRAS-CHAVE:** Urgência. Emergência. Protocolo de Manchester. Acolhimento com classificação de risco.

## ATTENDANCE PROFILE AT A PEDIATRIC EMERGENCY CARE UNIT IN CASCAVEL-PR

## ABSTRACT

In 2004, the Brazilian Health Ministry instituted the reception policy with risk qualification in the country's Emergency Care Units, mostly following the Manchester Protocol. This practice aims to improve the quality and agility of the service, in order to prioritize the urgent and emergent medical cares. This study aims to analyze the care profile of the Pediatric UPA (Emergency Care Unit) Tancredo Neves in Cascavel-PR, in order to identify whether this Unit is being used for its proper purpose in which the worsened harms frame in, stratifying what is the distribution of patients according with the risk classification by colors.

**Objective:** analyze the distribution's percentage of users classified according with the Manchester Protocol in a Pediatric Emergency Care Unit in Cascavel-PR. **Methodology:** this is a retrospective cross-sectional study, held with data taken from the medical records of patients seen at the Tancredo Neves Emergency Care Unit in the municipality of Cascavel-PR. **Results:** 9.878 medical records were analyzed, which were separated according with the risk classification, sex, age and main complaints. **Conclusion:** It was found that the service profile held at the Unit was mostly of green and yellow classification consultations, diverging from what is recommended for the reception at an Emergency Care Unit. The male sex led the demand for care at the Emergency Care Unit, the two-year age group was the most expressive and the main complain reported among patients was fever.

**KEYWORDS:** Urgency. Emergency. Manchester Protocol. Reception with risk classification.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 9º período do curso de Medicina do Centro Universitário FAG. E-mail: beabrito\_@hotmail.com

<sup>2</sup> Orientadora e docente da disciplina Programa de Aprendizagem Saúde e Sociedade do Centro Universitário FAG. E-mail: losoriocavalli@yahoo.com

## **1. INTRODUÇÃO**

O protocolo de Manchester foi uma ferramenta de extrema utilidade para que os pacientes fossem atendidos prioritariamente e assim, garantisse a qualidade e efetividade do acolhimento. Sendo as UPAs portas de entrada para diversos tipos de atendimentos, durante o período de 24 horas, 7 dias por semana, torna-se relevante identificar qual é o perfil dos atendimentos nessas unidades de acordo com o protocolo de Manchester para que o sistema possa ser aperfeiçoado e verificar se, de fato, as Unidades de Pronto Atendimento estão sendo utilizadas por pacientes com quadros agudizados.

O presente trabalho visa analisar qual percentual de distribuição dos usuários classificados de acordo com o protocolo de Manchester em Unidade de Pronto Atendimento pediátrica de Cascavel-PR (UPA Tancredo Neves) no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de março de 2019, quantificar os atendimentos de acordo com o protocolo de Manchester, analisar qual a queixa principal mais referida entre os pacientes atendidos, além da faixa etária e sexo desses indivíduos e também avaliar se o serviço está sendo utilizado prioritariamente para sua devida finalidade.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

Com funcionalidade de 24 horas por dia durante sete dias da semana, as UPAs recebem grande volume de usuários diariamente, e com isso fez-se necessário a estipulação da organização do atendimento, sendo instaurado o protocolo de Manchester. Originado na Inglaterra em 1994, na cidade de Manchester, esse protocolo tem sido empregado em países como Espanha, Holanda, Alemanha e Suécia (PARANÁ, 2015). No Brasil, esse modelo de classificação está sendo aplicado nos serviços públicos desde 2008, sendo o estado de Minas Gerais o primeiro a fazer uso (FRANCISCO; LIMA, 2014).

O objetivo em se classificar o risco pelo protocolo de Manchester é estratificar o paciente em cores, após avaliação clínica que deve ser realizada por profissional de saúde com nível superior completo, usualmente um enfermeiro (AMARAL, 2017). Os fatores que determinam prioridade são: ameaça à vida, ameaça à função, dor, duração do problema, idade, história, risco de maus tratos (DIAS, 2014).

Dessa maneira, a classificação de risco segundo o protocolo de Manchester permite que os pacientes sejam acolhidos e possam ser atendidos de acordo com a gravidade de seu estado de saúde, e não por ordem de chegada (ANDRADE, 2015). Assim, pode-se priorizar atendimentos e como consequência melhora-se o prognóstico desses pacientes, modificando a evolução do curso da doença.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo retrospectivo de corte transversal, realizado com dados retirados de prontuários dos pacientes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento Tancredo Neves no município de Cascavel, Paraná, Brasil.

A população foi composta por indivíduos de ambos os sexos na faixa etária de zero a 15 anos 11 meses e 29 dias atendidos na UPA Tancredo Neves no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de março de 2019. Foram coletados dos prontuários informações referentes a idade, sexo, queixa principal, e classificação de risco por cor segundo o protocolo de Manchester.

Os dados foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde por meio do software IPM. Para obtenção desses dados etapas foram seguidas, primeiramente, as informações foram coletadas e distribuídas em planilha no Excel®, sendo registrado as iniciais dos pacientes, a data, a idade, o sexo, a classificação por cor e, por último, as queixas principais. Para cada paciente foram registrados o número máximo de quatro queixas. Deve-se considerar também que o sistema registra a idade dos usuários em anos, não especificando os meses e os dias, por esse motivo, indivíduos com idade menor que um ano, por exemplo, são registrados como se tivessem um ano.

Foram registradas as queixas descritas pelo enfermeiro/técnico de enfermagem responsável pela triagem, e foi avaliada a classificação de risco recebida nesse primeiro atendimento. O desfecho dos quadros não foram objetos de estudo.

Foram excluídos os atendimentos que, eventualmente, ultrapassaram a faixa etária pré-estabelecida – 15 anos – bem como pacientes que não compareceram à pré consulta, não sendo atendidos e, conseqüentemente, classificados. Além disso, não foram contabilizados os atendimentos registrados via manuscrita, por falta de acesso aos mesmos. Os dados foram registrados em planilha no Excel®, manualmente, e serviram como fonte de informação para essa pesquisa.

Para efetuar as análises, a população foi estratificada em seis grupos conforme a classificação de risco: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Também foram comparados as queixas principais com a classificação de risco. Além disso, subdividiu-se a população de estudo de acordo com o sexo e também de acordo com as queixas principais apresentadas. Os valores em porcentagem foram arredondados utilizando a função ARREND do Excel®.

O projeto de pesquisa que respeita as Resoluções 466/12 e 510/16, suas complementares e também a norma operacional CNS 001/2013, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, CAAE 29745120.5.0000.5219, via Plataforma Brasil, com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de pesquisa documental.

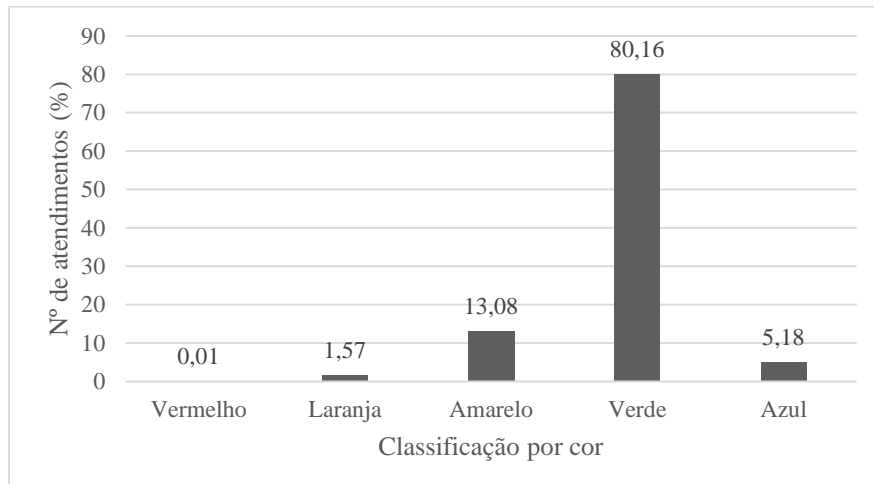
## 4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO A COR DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE MANCHESTER

Foram analisados dados provenientes de 9.878 atendimentos com idades entre 0 e 15 anos em que a maioria deles, 80,16% (7.918), foi classificado com a cor verde que representa caso pouco urgente, podendo ser encaminhado para outros serviços de saúde. Em sequência tem-se a classificação amarela, 13,08% (1.292) a qual diz respeito a um quadro urgente, porém pode aguardar atendimento por até 60 minutos, seguido da classificação azul, 5,18% (512), a qual sugere caso não urgente em que o tempo de espera é de até 240 minutos. A classificação de cor laranja, 1,57% (155) revela que o quadro é muito urgente e necessita de atendimento praticamente imediato e o tempo de espera é de 10 minutos. Por último obteve-se a cor vermelha, 0,01% (1) ela representa a necessidade de atendimento imediato (emergência), não devendo existir tempo de espera (PARANÁ, 2012). Isso mostra que, a maioria dos atendimentos prestados e classificados pela unidade deveriam ser realizados por outros centros de saúde, demonstrando que a UPA acaba servindo, indevidamente, como porta de entrada para o serviço de saúde.

Sob essa mesma perspectiva, ao analisar as queixas principais referidas pelos pacientes ou responsáveis, as quais serão abordadas no decorrer desse trabalho, percebe-se que são sintomas, em sua maior parte, correspondentes à classificações pouco urgentes as quais poderiam ser facilmente diagnosticadas, tratadas e manejadas na rede de atenção básica, como em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

Figura 1 - Relação entre o número de atendimentos e a classificação por cores segundo o protocolo de Manchester na UPA Tancredo Neves



Fonte: Dados de pesquisa

Nesse mesmo sentido, ao analisar outro estudo realizado com indivíduos com idade entre 10 e 19 anos, observou-se que a cor verde também foi a mais expressiva, representando 77,26% dos usuários cadastrados (CORTEZ *et al.*, 2017), bem como um estudo realizado por Almeida (2018), que também obteve o mesmo resultado, sendo a classificação de cor verde a mais significativa. Isso indica, portanto, a superioridade dos quadros não urgentes o que corrobora com os resultados dessa pesquisa.

#### 4.2 QUEIXAS PRINCIPAIS

Foi gerado uma lista contendo 65 queixas principais de acordo com os dados obtidos em pesquisa. Observou-se que a queixa mais referida entre os pacientes da amostra foi febre, sendo mencionada por 3.907 usuários, seguida de vômito com 2.167 registros e em sequência obteve-se a queixa de tosse, a qual foi mencionada 2.060 vezes. Na tabela abaixo pode-se observar todas as queixas elencadas com seus respectivos números. Vale ressaltar que para cada paciente foi estipulado o número máximo de quatro queixas principais.

Ao analisar esses números e compará-los com a grande quantidade de casos não urgentes, nota-se que, essas queixas muito se relacionam com o tempo do agravo e a intensidade dele, objetos que não foram abordados nesse estudo. Diante disso, é possível identificar também que, quando comparamos a quantidade de pacientes atendidos (9.878) com a quantidade total de queixas referidas (19.007), percebe-se que os pacientes são poliqueixosos e isso pode representar quadros não agudos que, mais uma vez, direcionam o estudo a apontar que a UPA tem sido utilizada para tratamento de quadros não agudizados, não urgentes ou emergentes.

Tabela 1 - Número de queixas principais em relação ao número de usuários

<b>Queixa principal</b>	<b>Nº de registros</b>
Febre	3.907
Vômito	2.167
Tosse	2.060
Diarréia	1.318
Dor abdominal	1.232
Dor de garganta	948
Cefaléia	840
Congestão nasal/coriza	735
Erupções cutâneas	627
Queda	551
Problemas em ouvidos	488
Problemas respiratórios	380
Problemas nos olhos	322

Problemas em extremidades	321
Dor cervical	256
Dispneia	249
Náusea	221
Prurido no corpo	210
Pais preocupados	205
Problemas urinários	201
Sintomas gripais	184
Contusão	172
Erupções em cavidade oral	161
Mal estar em criança	103
Mialgia	102
TCE (Traumatismo crânio encefálico)	96
Constipação	94
Dor torácica	93
Picada de inseto	92
Mordedura de animal	63
Tontura	61
Rouquidão	55
Dor epigástrica	46
Epistaxe	46
Engasgo	37
Lombalgia	29
Desmaio/síncope	27
Corpo estranho no aparelho digestivo	27
Queimadura	24
Corpo estranho no ouvido	23
Edema no pescoço	22
Convulsão	19
Disfagia/Odinofagia	19
Abscesso	18
Problemas dentários	18
Dor inguinal	18
Edema labial	15
Curativo	14
Corpo estranho em vias aéreas	14
Sangue nas fezes	13
Edema em face	13
Exposição a agente químico	11
Intoxicação medicamentosa	8
Dor na axila	6
Vacina	5
Taquicardia	5
Retirada de corpo estranho	4
Retirada de ponto	3

Corpo estranho na faringe	2
Renovação de receita	2
Alteração súbita de nível de consciência	1
Amputação	1
Hipermenorréia	1
Inalação	1
Corpo estranho em região dorsal	1
<b>TOTAL</b>	<b>19.007</b>

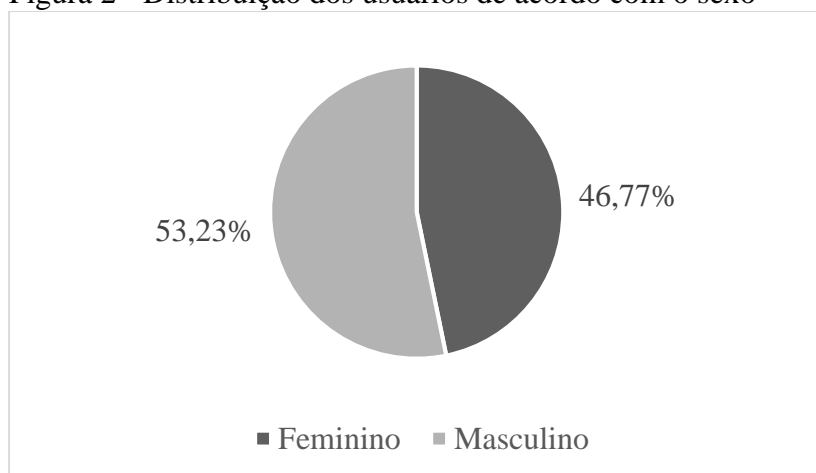
Fonte: dados de pesquisa

Sob essa mesma perspectiva, foi realizado a análise do artigo publicado no site da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o qual dissertava a respeito de quando deve-se levar a criança ao pronto atendimento e notou-se que isso deve ocorrer quando houver emergência verdadeira, como falta de ar, convulsão, febre altíssima, vômitos que não cessam e também no caso em que o pediatra da criança não possa ser contatado (MURAHOVSKI, 2014). Essa recomendação retifica os achados da pesquisa a qual demonstrou que a maior parte das queixas referidas são passíveis de serem tratadas em unidades de menor complexidade em detrimento de uma UPA.

#### 4.3 SEXO

Observou-se que a maior procura por atendimento foi realizada por indivíduos do sexo masculino com 5.258 cadastros, o que representa um total de 53,23% em comparação com o sexo feminino que representou 4.620 pacientes registrados, correspondendo a 46,77% dos atendimentos efetuados no período de pesquisa.

Figura 2 - Distribuição dos usuários de acordo com o sexo



Fonte: Dados de pesquisa

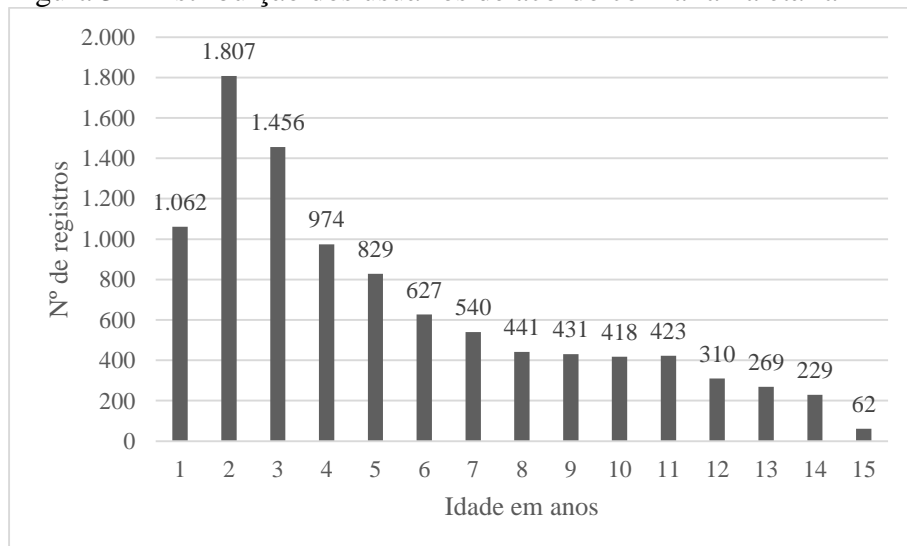
Comparando esse resultado com outros dois estudos, notou-se divergência, uma vez que a pesquisa de Garcia e Reis (2014) e a de Cortez *et al.* (2017) revelaram que o sexo feminino foi o mais abrangente, 53,7% e 54,94%, respectivamente. Isso pode ser explicado devido ao fato de que a população da pesquisa de Garcia e Reis (2014) era composta por mulheres adultas, as quais culturalmente, são as que mais procuram por serviços de saúde (LEVORATO *et al.*, 2014).

No entanto, quando comparam-se os números encontrados na UPA Tancredo Neves, com os números apresentados pelo Hospital Infantil Sabará, observa-se que nesse último, também obteve-se maior proporção de consultas voltadas ao público masculino, representando 53% dos atendimentos anuais (EQUIPE SABARÁ, 2020). Desse modo, os dados dessa pesquisa comparados aos do Hospital Infantil Sabará são correspondentes, enfatizando que a procura por atendimento nessas unidades, em sua maioria, é realizada por indivíduos do sexo masculino.

#### 4.4 IDADE

Em relação a idade dos pacientes, foram analisados prontuários de indivíduos de zero a 15 anos 11 meses e 29 dias, excluindo aqueles que se encontravam fora desse intervalo. A faixa etária que mais procurou o serviço foi a de dois anos, com 1.807 indivíduos registrados. Em seguida tem-se a população de três anos de idade com 1.454 usuários atendidos e a terceira população que mais procurou o serviço oferecido pela UPA Tancredo Neves foi a população compreendida na faixa etária de um ano de idade, registrando 1.062 atendimentos. Ademais, a idade média dos 9.878 pacientes registrados foi de 5,29 anos – calculada pelo Excel. O gráfico a seguir mostra a totalidade das faixas etárias estudadas.

Figura 3 - Distribuição dos usuários de acordo com a faixa etária



Fonte: Dados de pesquisa



Considerando os números obtidos na pesquisa, é possível inferir que a maior procura por atendimento está compreendida entre as faixas etárias de um a três anos, sendo essa uma realidade justificável, uma vez que nesse intervalo, encontram-se pacientes que são mais vulneráveis, necessitando de maior cuidado, além de que, os responsáveis pelos pacientes pediátricos compreendidos nessa faixa etária podem apresentar-se mais inseguros em relação a saúde da criança, levando-os a buscar atendimento em UPAs por serem unidades ditas como porta aberta.

Nesse mesmo sentido, quando comparados e analisados os dados dessa pesquisa juntamente ao dado divulgado pela página do Hospital Infantil Sabará, percebe-se que há uma semelhança, visto que nessa instituição, dos 100.000 atendimentos realizados anualmente, mais de 70% deles corresponde a crianças menores de 4 anos de idade (EQUIPE SABARÁ, 2020). Isso mostra que o perfil dos atendimentos prestados pelo hospital, com relação a idade dos usuários, encontra-se em concordância com o perfil da UPA estudada nessa pesquisa.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados referentes ao atendimento realizado na Unidade de Pronto Atendimento Tancredo Neves confirmam o cenário de diversas UPAs do Brasil. O número de atendimentos é excessivo, e a maioria deles são classificados, de acordo com o Protocolo de Manchester, em verde – quadros pouco urgentes - e amarelos - quadro urgentes, o que reforça a concepção de que, apesar da classificação de risco ser uma ferramenta fundamental na liberação e humanização do fluxo da Unidade de Pronto atendimento, há a necessidade de uma reorganização do sistema de saúde com o intuito de descongestionar esses serviços emergenciais e concentrar-se na atenção primária, a qual tem papel fundamental nesse cenário.

Soma-se a isso o fato de que, ao estar atendendo em maior escala quadros pouco urgentes e urgentes, a UPA acaba não sendo utilizada para sua devida finalidade, que são quadros urgentes e emergentes. Ademais, também pode-se inferir que os responsáveis por pacientes menores de idade, principalmente os compreendidos na faixa etária de zero a três anos, devem ser instruídos de maneira mais eficaz e ordenada, a fim de que reduzam as idas ao serviço emergencial, muitas vezes indevido, expondo a criança a outros riscos inerentes a uma UPA.

Deve-se levar em conta também o fato de que a classificação de risco, a qual, geralmente, é realizada por profissionais da enfermagem, necessita ser executada de maneira sistemática, seguindo rigorosamente o protocolo implantado na instituição, a fim de evitar que essa classificação seja feita

de maneira intuitiva e utilizando-se de critérios subjetivos, evitando, desse modo, falhas na aplicação desse protocolo de estratificação.

Por fim, vale ressaltar que os dados desse estudo foram obtidos de maneira retroativa, o que pode levar a discordância entre a realidade apresentada e a identificação nos dados.

## 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) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/153421>. Acesso em: 31 ago. 2020.

AMARAL, Simone Freitas do. **O uso do protocolo de Manchester pode auxiliar no atendimento humanizado em uma emergência?** 2017. 20 f. TCC (Graduação) - Curso de Técnico em Registros e Informações em Saúde, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

ANDRADE, Flavia Tereza Nigro de. **Importância da classificação de risco**. 2015. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-da-classificacao-de-risco/135051/>. Acesso em: 25 nov. 2019.

CORTEZ, Lúcia Elaine Ranieri *et al.* Perfil do atendimento de adolescentes em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-93, abr. 2017. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v14n2a10.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

DIAS, Elizangela de Santana Santos. **Classificação de risco: dificuldades encontradas pelos enfermeiros**. 2014. 27 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Linha de Cuidados em Enfermagem, Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173433/Elizangela%20de%20Santana%20Santos%20Dias%20-%20EMG%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 out. 2019.

EQUIPE SABARÁ (São Paulo). Sabará Hospital Infantil. **Visão geral: números**. Números. 2020. Disponível em: <https://www.hospitalinfantilsabara.org.br/unidades-e-servicos-hospitalares/pronto-socorro/>. Acesso em: 31 ago. 2020.

FRANCISCO, Glaucia Taborda M; LIMA, Izaura Alberton de. **Protocolo De Manchester: Mais Do Que Um Sistema De Classificação De Risco: Revisão da história e análise de impactos secundários positivos produzidos pela utilização do MTS**. Florianópolis: 2º Seminário Nacional

de Planejamento e Desenvolvimento, 2014. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/9445829-Protocolo-de-manchester-mais-do-que-um-sistema-de-classificacao-de-risco.html>>. Acesso em: 05 out. 2019.

GARCIA, Vinicius Maniezo; REIS, Renata Karina. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Rev Bras Enferm.**, [S.L], p. 261-267, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0261.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

LEVORATO, Cleice Daiana *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 1263-1274, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401263](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263). Acesso em: 31 ago. 2020.

MURAHOVSKI, Jayme. **A (perigosa) Cultura do Pronto Socorro:** para o pediatra refletir e orientar seus pacientes. Para o pediatra refletir e orientar seus pacientes. 2014. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/a-perigosa-cultura-do-pronto-socorro-1/>. Acesso em: 31 ago. 2020.

PARANÁ. Maria Emi Shimazaki. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **A rede de atenção à urgência e emergência.** [s.l]: Apsus, 2012. Color. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS\\_-\\_Ed.\\_Permanente/Oficina\\_03/APSUS\\_Classificacao\\_Risco](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficina_03/APSUS_Classificacao_Risco)>. Acesso em: 05 out. 2019.

PARANÁ. Tania Maria "santos Pires". Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. **Protocolo de Manchester:** Parecer N° 2504/2015. 2015. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2015/2504\\_2015.pdf](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmpr/pareceres/2015/2504_2015.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2019