

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

**PERFIL DOS ATENDIMENTOS EM UMA UNIDADE DE PRONTO
ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE IGARASSU-PE.**

PROFILE OF TREATED IN A UNIT READY ATENDIMENTO- CROSS
SECTION OF STUDY IN THE CITY IGARASSU.

**Fabiana Elida Barbosa Tavares¹, Maria Eduarda Alves de Araújo², Thais de
Almeida Araújo³, Edluz Maria Viana Bezerra de Melo⁴, Renata Lopes do
Nascimento Santos⁵.**

Autores:

Fabiana Elida Barbosa Tavares¹

Maria Eduarda Alves de Araújo²,

Thais de Almeida Araújo³,

Edluz Maria Viana Bezerra de Melo⁴,

Renata Lopes do Nascimento Santos⁵.

¹Enfermeiranda da Faculdade Pernambucana de Saúde, do 8º Período de Enfermagem.
Email: biahtavares@hotmail.com

² Enfermeiranda da Faculdade Pernambucana de Saúde, do 8º Período de Enfermagem.
Email: meduardaalvesdearaujo@gmail.com

³ Enfermeiranda da Faculdade Pernambucana de Saúde, do 8º Período de Enfermagem.
Email: thaiisalmeidaaraujo@gmail.com

⁴ Enfermeira, Mestre, Graduada em Gestão Hospitalar, Especialista em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem, Tutora do 3º Período de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenadora de Enfermagem da UPA Igarassu IMIP-Hospitalar. Email: edluzabmelo@hotmail.com

⁵ Enfermeira, Mestranda, Pós Graduada em Emergência, Tutora do 2º Período de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenadora Adjunta de Enfermagem da Fundação Prof. Martiniano Fernandes IMIP-Hospitalar.
Email: renata.lopes@imip.org.br

RESUMO

Introdução: As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24 horas funcionam como unidades intermediárias entre as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e os hospitais, desafogando os prontos-socorros, ampliando o acesso dos usuários aos serviços de urgência no Sistema Único de Saúde (SUS). As UPAs atendem casos de média complexidade: hipertensão, febre alta, fraturas, cortes e infartos, evitando que estes pacientes sejam sempre encaminhados aos prontos-socorros. O acolhimento é uma ação tecnoassistencial mudando a relação entre profissionais e usuários. **Objetivo:** Realizar o levantamento estatístico traçando o perfil dos atendimentos médicos realizados na UPA-Igarassu no ano de 2014. **Métodos:** Estudo descritivo tipo corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado na UPA Igarassu-PE, através dos boletins diários(BID). A população do estudo foi composta por 119.742 pacientes que foram atendidos na UPA de Igarassu no ano de 2014 (BID, 2014). A coleta de dados iniciou após aprovação do comitê de ética, no período de Janeiro a Dezembro de 2014. Os dados foram elaborados e analisados pelo software Excel. **Resultados:** De acordo com dados descritos no BID, a clínica médica apresentou maior índice de atendimento 72.707(62%), seguindo pela traumatologia ortopedia 27.017(23%); Pediatria e Serviço social representam 16.906 (14%) e 1.258 (1%) dos atendimentos. No atendimento, onde a prioridade é a gravidade, observou-se 89.444(75%) dos atendimentos são classificados verde e 1.338 (1%) azul, onde vimos 26.251 (22%) dos atendimentos é referente a cor amarela e 2.709 (2%) classificados vermelho, podendo apresentar risco de morte. O maior número de encaminhamentos foi para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) com 117 (56,25%) encaminhamentos. Já o Instituto de Medicina Legal (IML) teve 36 (17,31%) encaminhamentos. A clínica médica mais uma vez foi à especialidade que mais solicitou remoção com 2.921(53,3%), seguida de ortopedia com 1.712(31,2%) e pediatria com 631,5(11,7%) remoções. **Conclusão:** A análise e interpretação dos dados permitiram-nos identificar que as UPAs estão exercendo seu papel de forma descaracterizada. Isso se deve à falha do sistema de saúde em absorver essa demanda que seria da atenção básica, conforme sua proposta no modelo de gestão. Observamos que os pacientes ainda procuram as unidades com casos que poderiam ser resolvidos nas unidades básicas, como foi observado no nosso rodízio, levando a um número elevado desse perfil de pacientes caracterizados como verde, não urgente.

Palavras-chave: serviços médicos de emergência, triagem, classificação, humanização e acolhimento.

ABSTRACT

Introduction: Emergency Care Units - UPA 24 hours function as intermediate units between the Basic Health Units (BHU) and hospitals, relieving the emergency rooms, increasing user access to emergency services in the Unified Health System (SUS). The PSUs meet cases of medium complexity: hypertension, high fever, fractures, cuts and heart attacks, preventing these patients are always sent to emergency rooms. The host is an action technical care by changing the relationship between professionals and users. **Objective:** To conduct the statistical survey tracing the profile of the medical care provided in UPA- Igarassu in the year 2014. **Methods:** Descriptive study type cross-sectional, quantitative approach, performed in UPA Igarassu-PE through the daily bulletins (IDB). The study population consisted of 119,742 patients who were treated at the UPA Igarassu in 2014 (IDB, 2014). Data collection started after approval by the Ethics Committee, from January to December 2014. The data were prepared and analyzed by Excel software. **Results:** According to data described in the IDB, the medical clinic had a higher rate of attendance 72,707 (62%), followed by trauma orthopedics 27,017 (23%); Pediatrics and social service account for 16,906 (14%) and 1,258 (1%) of the visits. In attendance where the priority is the severity, we observed 89 444 (75%) of the calls are classified green and 1,338 (1%) blue, where we saw 26 251 (22%) of calls is related to yellow and 2,709 (2%) classified red and may present a risk of death. The largest number of referrals went to the Death Verification Service (SVO) with 117 (56.25%) referrals. But the Institute of Legal Medicine (IML) had 36 (17.31%) referrals. The medical clinic was once again the specialty that most requested removal with 2,921 (53.3%), followed by orthopedics with 1,712 (31.2%) and pediatrics with 631.5 (11.7%) removals. **Conclusion:** The analysis and interpretation of data allowed us to identify the PSUs are playing their role as uncharacteristic way. This is due to the health system fails to absorb this demand would be of primary care, as proposed in its management model. We observed that patients still seek units with cases that could be resolved in the basic units, as noted in our rotation, leading to a high number of the profile of patients characterized as green, not urgent.

Keywords: emergency medical services, sorting, classification, humanization and host.

INTRODUÇÃO

Saúde consiste em um bem estar físico, mental e social, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. A política pública desenvolvida para a saúde tem como objetivo a prevenção, tratamento e cura das doenças que acometem a população, e isso é possível através da atuação das esferas do governo Federal, Estadual e Municipal².

Há três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A atenção primária compõem todas as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em uma região sendo de responsabilidade do município³. Tem como principal estratégia a organização da atenção básica para funcionar como triagem e encaminhamento. As Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) atuam na assistência integral, contínua e de qualidade, sendo composto por uma equipe multiprofissional⁴.

A atenção secundária é constituída por serviços especializados a nível ambulatorial e hospitalar, colocada entre a atenção primária e terciária por sua densidade tecnológica, e é compreendida como média complexidade⁵. Já a atenção terciária compreende a atenção de saúde terceiro nível composta por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade, e organizada em sistemas de referências⁵.

Não havendo resolutividade na atenção primária, segue-se para à atenção secundária que tem como objetivo atender as necessidades de média complexidade, onde se encaixa as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que tem como objetivo descentralizar os hospitais, evitando que casos de menor complexidade sejam encaminhados para as unidades hospitalares de grande porte⁶.

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, o acolhimento é uma diretriz operacional, que quando associada a uma classificação de

risco, tem o objetivo de garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde, ampliar o acesso e oferecer atendimento acolhedor e resolutivo⁷.

No mundo há vários modelos de classificação de risco ou triagem nas urgências. No Brasil foram adotados três modelos, sendo eles o Canadense (CTAS), o Norte Americano (ESI) e o Sistema Manchester (MTS)⁷:

- Escala Canadense: Teve sua origem pela Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP), baseada na Escala Australiana; cujos pacientes são classificados com prioridade clínica nos 10 minutos após a chegada no hospital⁸;
- Norte Americana (ESI): É utilizada em emergência nos Estados Unidos da América. A ESI (Emergency Severity Index) considera um algoritmo com cinco níveis de gravidade, onde o número 1 é o nível mais grave e o número 5 o menos grave⁸;
- Sistema Manchester (MTS): Teve origem após estudos do grupo de triagem de Manchester (GTM). Foi usado pela primeira vez em 1997 na cidade de Manchester na Inglaterra, porém no ano de 2000 dois hospitais portugueses implementaram o protocolo de Manchester, sendo desenvolvido no ano seguinte o grupo português de triagem (GPT)⁸.

No Brasil a classificação de risco foi implantada primeiramente em 2002, pela Portaria 2.048 do Ministério da Saúde que regulamenta os serviços de urgência e emergência, e propõe a implantação do acolhimento e da “triagem”. Nessa portaria o termo internacional “triagem” passa a ser denominada “classificação de risco”⁹. “Deve ser realizada por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, e tem por objetivo avaliar o grau

de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento¹⁰.

Na unidade pesquisada a classificação de risco a classificação de risco é desempenhada por um enfermeiro que no momento do atendimento, o paciente relata sua queixa onde é digitado conforme o discriminador é gerada a prioridade do atendimento, a partir desse momento é colocada uma pulseira da mesma cor de acordo com a necessidade do atendimento do paciente. A rede de unidade gerida pelo IMIP usa um protocolo próprio, baseado no protocolo de Manchester, utilizando-se as seguintes cores¹¹:

- Vermelho: Emergência (encaminhado diretamente para sala de emergência)¹⁵;
- Amarelo: Urgência (será atendido com preferência diante dos pacientes classificados com a cor verde)¹²;
- Verde: Pacientes que não apresentam risco de morte iminente (será atendido após os pacientes classificados com as cores vermelho e amarelo)¹²;
- Azul: Pacientes sem quadro clínico agudo ou crônico que será encaminhado para UBSF¹².

O estado de Minas Gerais foi o primeiro a utilizar o sistema de triagem de Manchester, onde em 2008 o sistema foi adotado como política pública¹³.

As UPA'S realizam os serviços de atenção às urgências e emergências no Brasil e prestam atendimento aos usuários que apresentam quadros agudos de natureza clínica ou crônicos agudizados. Sendo este serviço usado para acolher os usuários, realizando uma triagem classificatória de risco, para poder interferir no estado clínico e se preciso encaminha-lo para rede de serviço de saúde que atenda a sua necessidade de acordo com a gravidade do quadro clínico^{14,15}.

Desde a nossa inserção como aluno na prática UBSF percebemos a utilização da atenção primária como curativa e verbalização da população pela procura das UPA's com o objetivo de tratar doenças que poderiam ser diagnosticadas e tratadas nas unidades básicas. Diante disso, o objetivo da pesquisa foi realizar o perfil estatístico dos atendimentos em uma UPA para visualizar o grau de gravidade e o desfecho desses atendimentos.

MÉTODOS

A população do estudo foi constituída pela análise do boletim diário, sendo um sistema de informação onde são anexados todos os atendimentos realizados na unidade, analisamos o período de janeiro a dezembro de 2014 na Unidade de Pronto Atendimento em Igarassu.

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, retrospectivo, de abordagem quantitativa, composta pela análise do Boletim Diário (BID) usado para contabilizar os atendimentos da Unidade de pronto Atendimento Honorata de Queiroz Galvão, UPA-Igarassu.

O projeto de nº138/15 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS).

Foi elaborado um banco de dados no software Excel a partir dos dados coletados no formulário específico, nele contém os dados de identificação e especialidade atendida. Os dados foram analisados utilizando-se o próprio software Excel, obtendo as

distribuições de frequência relativa e absoluta das variáveis utilizadas para caracterizar a amostra, coletadas a partir do BID no qual é a quantificação do boletim de ocorrência (BDO), sendo ele preenchido manualmente pelos profissionais diariamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram atendidos no período de Janeiro a Dezembro de 2014 na Unidade de Pronto Atendimento Honorata de Queiroz Galvão - UPA Igarassu um total de 119.742 usuários. O perfil de atendimento na unidade é clínico com baixa complexidade de acordo com os resultados encontrados. Após o acolhimento pela equipe de técnico de Enfermagem para a verificação de Sinais Vitais (SSVV), é classificado pelo enfermeiro conforme gravidade clínica e após essa classificação o usuário é encaminhado para atendimento médico dependendo da especialidade, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos atendimentos em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município de Igarassu em 2014, conforme especialidade e prioridade.

Variáveis	Nº	%	Variáveis	Nº	%
Especialidades	117.888		Prioridade na classificação	119.742	
• Clínica médica	72.707	62	• Verde	89.444	75
• Traumatologia ortopedia	27.017	23	• Amarela	26.251	22
• Pediatria	16.906	14	• Vermelha	2.709	2
• Serviço Social	1.258	1	• Azul	1.338	1

FONTE: BID 2014 UPA - IGARASSU.

A tabela 1 mostra que o maior número de atendimentos foi clínica médica com 72,707 (62%) e isso mostra que o perfil dos atendimentos da unidade pesquisada é clínico sendo comprovado com o conceito de transição epidemiológica que são mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas¹⁶, há mudança da carga de

morbi-mortalidade da faixa mais jovem para a faixa dos mais idosos, ou seja, a população está envelhecendo e junto a ela as doenças transmissíveis estão sendo substituídas por doenças crônicas e causas externas. Seguindo pela traumatologia com 27.017 (23%). Por ser uma unidade localizada em uma rodovia onde se tem o maior índice de acidentes, foi encontrado que a quantidade de atendimentos é ainda menor que à clínica médica.

A Pediatria e o Serviço social representam respectivamente 16.906 (14%) e 1.258 (1%) dos atendimentos.

Nessa mesma tabela 1 foram descritas as prioridades na classificação, no atendimento onde a gravidade é a prioridade, observamos que 89.444(75%) dos atendimentos são classificados como verde e 1.338 (1%) como azul, sendo assim também encontrado em outro estudo¹⁷ que as classificações das cores verde e azul não apresentam grau de urgência, podendo aguardar até 6 horas para atendimento médico, ou encaminhamento para o serviço social. Contudo sabe-se que culturalmente a população busca os serviços de saúde em tais situações: dificuldade de acesso à rede básica, recursos ou diagnósticos insuficientes, dificuldade de acesso à consulta especializada, falta de profissionais para realização dos atendimentos².

Na tabela 1 vimos que 26.251 (22%) dos atendimentos é referente a cor amarela, ou seja casos de média complexidade. E 2.709 (2%) são classificados pela cor vermelha, que representam os casos graves, podendo apresentar risco de morte. Comparando com o estudo realizado em Florianópolis sobre as UPAs 24H mostrando a real finalidade da UPA em estabilizar o quadro clínico do paciente, onde logo após são transferidos para hospitais de referências.¹⁸

Tabela 2: Perfil dos atendimentos em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município de Igarassu em 2014, referente ao desfecho do paciente.

Variáveis	Nº	%	Variáveis	Nº	%
Encaminhamento do corpo	208		Causa Mortis IML		
SVO	117	56	Homicídio	12	33,33
DO	55	27	SEPSE	9	25,00
IML	36	17	TCE	7	19,44
			Outros	8	22,23
			DO		
			SEPSE	28	50,91
			PCR	13	23,64
			Câncer	4	7,27
			Outros	10	18,18

FONTE: BID 2014 UPA – IGARASSU.

Na tabela 2, descrevemos o desfecho dos pacientes atendidos, onde identificamos que houve 199 óbitos e durante a análise dos mesmos contabilizamos 208 encaminhamentos, aonde vimos que 5 desses óbitos necessitaram da interferência da polícia civil, por se tratar de vítimas sem identificação, e dois encaminhamentos para o mesmo corpo (Serviço de Verificação de Óbitos -SVO e Instituto de Medicina Legal - IML), sendo justificado para primeiro identificar o corpo pelo IML e posteriormente encaminhados ao SVO para verificar a causa mortis, e em uma outra situação para o mesmo corpo uma Declaração do Óbito –DO e um encaminhamento para o SVO, por isso apresenta uma diferença de nove óbitos.

Os achados da tabela 2 nos mostra que o maior número de encaminhamento é para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) com 117 (56%) encaminhamentos, onde critério para isso é que a morte seja de causas naturais desconhecidas ou por falta de assistência médica. Já o Instituto de Medicina Legal (IML) teve 36 (17%), e só é encaminhada em caso de morte violenta, morte suspeita ou quando a pessoa não é identificada¹⁹.

Diante da quantificação dos encaminhamentos vimos que as maiores causas dos óbitos para o IML foram Traumatismo Crânio Encefálico-TCE, sepse e Homicídio/Atropelamento e nas DO foram Parada Cárdio Respiratória - PCR, sepse e câncer.

Tabela 3: Perfil dos pacientes atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município de Igarassu em 2014, referente ao desfecho do paciente.

Variáveis	Nº	%		Nº	%
Removidos para outra unidade	5264		Hospital de referência		
Pediatria	631	12	Pediatria	631	
Clínica Médica	2921	56	HR	194	30,74
Ortopedia	1712	32	IMIP	92	14,58
			Hosp. Geral de Areias	53	8,40
			Outros	292	46,28
			Clínica Médica	2921	
			Hosp. Agamenon		
			Magalhães	1032	35,33
			HR	505	17,29
			Hosp. Miguel Arraes	189	6,47
			Outros	1195	40,91
			T. Ortopedia	1712	
			Hosp. Miguel Arraes	1026	59,93
			HR	299	17,46
			Hosp. Otávio de Freitas	154	9,00
			Outros	233	13,61

FONTE: BID 2014 UPA – IGARASSU.

No entanto as remoções dos pacientes de alta complexidade para os hospitais de referência, esta equivalente com as classificações de risco a clínica médica mais uma vez foi à especialidade que mais solicitou remoção com 2.921(56%), seguida de ortopedia com 1.712(32%) e por último a pediatria com 631,5(12%) remoções. Os hospitais referenciados foram Hospital da Restauração, Hospital Miguel Arraes e

Hospital Agamenon Magalhães. Na traumato ortopedia foram os Hospital Miguel Arraes, Hospital da Restauração e Hospital Otávio de Freitas. Por fim a pediatria onde foram Hospital da Restauração, IMIP, e Hospital Geral de Areias.

Conclusão

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA, são serviços intermediários entre a atenção básica e os hospitais, funcionando em horário integral, sendo um novo modelo de atendimento no conceito da saúde atualmente.

A análise e interpretação dos dados permitiram-nos a identificação do perfil da UPA – Igarassu sendo ele de clínica médica e classificado verde, não urgente. As UPAS estão exercendo seu papel de forma diferente a que se propõe sua portaria N° 2.048, isso se deve à falha do sistema de saúde em absorver essa demanda que seria da atenção básica, conforme sua proposta no modelo de gestão. Observamos que os pacientes procuram as unidades com casos que poderiam ser resolvidos nas unidades básicas, como foi observado no nosso rodízio.

Considerada como um atendimento pré-hospitalar fixo que trabalha de portas abertas, 24 horas e voltado ao atendimento de demanda espontânea e regulados; Os pacientes mais graves que chegam na unidade vem provenientes de regulação do SAMU e Bombeiros, após a estabilização do quadro como sequência de atendimento ele pode receber alta por: Melhora do quadro clínico, transferência para continuar o atendimento em outra instituição e óbito.

A quantidade de atendimento e óbitos é compatível com demanda de usuários atendidos. Apesar de a morte ser um processo natural da vida, as pessoas que trabalham nas urgências estão preparadas para o atendimento.

Percebemos a necessidade de uma maior divulgação para a população em relação aos papéis de cada nível de atenção a saúde, para que a mesma tenha conhecimento e o acesso adequado.

Referencia Bibliográfica

1. Dalmolin B.B; Backes D.S; Zomberlan C. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docente na área da saúde. Esc. Anna Nery .Vol 15. Rio de Janeiro, 2011.
2. CONASS; Ministério da saúde. Atenção primaria e promoção da saúde. Coleção progestores/ para entender a gestão do SUS. 1º ed. Brasília, 2007.
3. Martins E.L.M. Seminario temático 3: Saúde. São João Del Rei. Minas Gerais, 2011.
4. Costa H. Manual para o Gestor Municipal de Saúde. Belo Horizonte,2005.
5. Erdmann A.L; Andrade S.R; Mello A.L.S.F. Atenção secundária em saúde: melhores praticas na rede de serviços. Rev. Latino-Am. Enfermagem.Vol21.São Paulo ,2013.
6. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24hrs) e o conjunto do serviço de urgência 24 horas de Rede de Atenção as Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção as Urgências. Portaria Nº 1.601, de 7 de julho de 2011.Republicado por ter saído, no DOU Nº 130, de 8-7-2001, seção 1 , pag.70/72, com incorreção no original.
7. Melo M.C.B; Silva N.L.C. Urgência e Emergência na Atenção Primaria à Saúde. NESCON. Belo Horizonte, 2011.
8. Azileiro F. Emprego do Sistema de Triagem de Manchester na Estratificação de Risco: revisão de literatura. Porto Alegre, 2011.
9. Gonçalves J.C.K; Araújo G.F; Vanderlei M.I.G. Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco.
10. Ministério da Saúde Gabinete do ministro.Portaria n.º 2048/GM. 5 de Novembro, 2002.
11. Lopes J.B. Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: Revisão integrada. Porto Alegre, 2011.
12. Júnior E.A.S; Lima D.P; Rocha A.F.S. Acolhimento com classificação de risco. Belo Horizonte.
13. Cavalcante R.B; Rates H.F; Silva L.T.C Acolhimento com classificação de risco: Proposta de humanização nos serviços de urgência. Rev. Erferm. Centro Oeste. Minas Gerais, 2012.

14. Souza R.S; Bastos M.A.R.B. Acolhimento com classificação de risco: O processo vivenciado por profissional enfermeiro. Rev. Mineira de Enfermagem. Vol. 12. Minas Gerais.
15. Levondovski P.F; Silva M.L; Acosta A.M. Classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento: A visão dos enfermeiros.
16. Schramm J.M.A; Oliveira A.F; Leite I.C.L; Transição Epidemiologica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciencia & saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2004.
17. Tombeg J.O; Cantarelli K.J; Guanito M.E.E; Acolhimentos com avaliação e classificação de risco no pronto socorro: caracterização dos atendimentos. Ciênc.Cuid.Saúde.vol.Maringa,2013.
18. Oliveira S.N;Ramos B.J.;Piazza M. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24H: Percepção da Enfermagem.Texto Contexto Enferm.. Florianópolis, 2015.
19. Secretaria do Estado de Segurança Publica. Centro, São Paulo. Disponível em : <http://www.ssp.sp.gov.br/fale/institucional/answers.aspx?t=3>