

Compreensão dos usuários do SUS sobre a classificação de risco na rede de urgência e emergência por meio de um programa de educação tutorial

Understanding of SUS users on the risk rating in emergency in a tutorial education program

Joyce Henriques de Vasconcelos Araújo¹, Gabriela Maria Mendonça Chaves², Juliana Venâncio Barbosa³, Ciomara Maria Perez Nunes⁴

RESUMO

Introdução: A classificação de risco com base no Protocolo de Manchester é importante instrumento usado na identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. O atendimento deve ser priorizado pela gravidade clínica do paciente e não pela ordem de chegada ao serviço. **Objetivos:** O Pró/PET-Saúde III e o PET-Saúde Redes, programas do governo federal desenvolvidos na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) pela equipe de Urgência e Emergência do Hospital Risoleta Tolentino Neves, buscam identificar o conhecimento prévio do usuário sobre a rede de urgência e emergência (RUE) e sobre a classificação de risco. **Métodos:** Por meio de entrevista semiestruturada, em duas etapas, foram coletadas informações com os usuários sobre a RUE, com uso de um *banner* como recurso metodológico, sobre o modelo de classificação de risco. Analisou-se, ainda, a compreensão dos pacientes do SUS acerca da fragmentação e sistematização da assistência nas Unidades de Atendimento responsáveis pela natureza do cuidado e distribuição de pacientes resultante da sua classificação de risco. As respostas obtidas foram submetidas ao *software Iramuteq* e à análise gráfica. **Resultados:** Os resultados revelaram o pouco conhecimento do usuário do SUS sobre a RUE e a contribuição do *banner* como recurso metodológico na transmissão das informações. **Conclusões:** Evidencia-se a falta de orientações sobre a classificação de risco e a porta de entrada do SUS.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Emergências; Triagem; Sistema Único de Saúde.

¹ Enfermeira. Especialista em trauma, emergências e terapia intensiva pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG. (Preceptora do PET-Saúde. Coordenadora de Enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Risoleta Tolentino Neves), Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (Bolsista do PET-Saúde), Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (Bolsista do PET-Saúde), Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ Terapeuta Ocupacional. Mestre em Psicologia (Tutora do PET-Saúde. Professora da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Instituição:

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG, Brasil.

* Autor Correspondente:

Joyce Henriques de Vasconcelos Araújo
jheva_19@hotmail.com

Recebido em: 04/03/2016.

Aprovado em: 13/12/2016.

ABSTRACT

Introduction: The risk rating based on the Manchester Protocol is an important tool used to identify patients who require immediate treatment, according to the potential risk, damage to health or the degree of suffering. The treatment should be prioritized according to the clinical state of the patient, not the order of arrival at the service. **Objectives:** The Pro/PET-Health III and the PET-Health Networks, programs of the federal government developed at the Federal University of Minas Gerais (UFMG), by the team of Urgency and Emergency Hospital Risoleta Tolentino Neves, sought to identify prior knowledge of the user to the emergency as the Risk Rating. **Methods:** Through a semi-structured interview, in two stages, information with users were collected using a banner as a methodological resource on the risk classification model. Also analyzed the understanding of the public patients about the fragmentation and systematization of assistance in service centers responsible for the nature of care and the distribution resulting from the Risk Rating. The responses were submitted to Iramuteq software and graphical analysis. **Results:** The results showed little knowledge of Unified Health System (SUS) users about the emergency and the contribution of the banner as a methodological resource in the transmission of information. **Conclusion:** This study highlighted the lack of orientation about the Risk Rating and SUS gateway.

Keywords: Family Health Strategy; Emergencies; Triage; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, teve início em agosto de 2008 para viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço dos profissionais da saúde, a iniciação ao trabalho, assim como estágios e vivências, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Na Rede de Urgência e Emergência (RUE) do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), o Pró-PET-Saúde teve início em setembro de 2012, com o processo de mapeamento dos campos de prática. O HRTN se enquadra como Unidade Hospitalar de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências do tipo III, que são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica.²

Há crescimento da demanda por serviços na área de Urgência e Emergência nos últimos anos devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana, além da estruturação insuficiente da rede assistencial. Estes fatores têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência existentes para o atendimento da população. A assistência às urgências é realizada pelos tradicionais Prontos-Socorros ou Pronto-Atendimentos, que

funcionam, muitas vezes, como “porta-de-entrada” do sistema de saúde.²

As diferentes demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. O cenário de serviços de emergência “porta aberta” abarrotados é muito comum, o que torna necessária a adoção de um dispositivo capaz de contribuir para a priorização do atendimento às urgências.³ Esse dispositivo é constituído pelo acolhimento com classificação de risco, pela qualidade e pela resolutividade na atenção à urgência, que constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências.⁴

No Brasil, os sistemas de classificação de risco foram recomendados pela primeira vez em 2002 por intermédio da Portaria GM 2048,² sobre a organização dos sistemas de urgência, tendo sido trocado o termo internacional “triagem” por “classificação de risco”, já que não envolvia o diagnóstico e sim a priorização no atendimento, o que foi reforçado na Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (2003).

A busca por modelo que tivesse no seu cerne a reprodutibilidade, a segurança comprovada e a experiência de sua aplicabilidade em saúde pública identificou o Sistema de Classificação de Risco Manchester, exemplo de fácil execução pelos enfermeiros, reconhecido por sua acurácia, e capaz de uniformizar as decisões que garantem segurança quanto

à priorização da necessidade de atenção à saúde por risco de morrer. O Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR) foi constituído para a manutenção do padrão internacional e garantir que este sistema se mantenha seguro.

Um dos escopos do protocolo é integrar o atendimento da rede de atenção à saúde. Sua aplicação na atenção primária ajuda a identificar a real necessidade de um usuário que recorre ao serviço de Urgência e Emergência com queixas de doenças agudas, priorizando em sua classificação o tempo de espera em função de sua gravidade e risco, e não pela ordem de chegada. Este procedimento torna racional a organização da rede de atenção à saúde, o que inclui o encaminhamento prioritário, e adequada assistência.

O HRTN adotou a classificação de risco em novembro de 2008 pautado no Protocolo de Manchester. Os profissionais do pronto socorro que o realizam são enfermeiros. A classificação de risco se dá por meio de avaliação de queixa. São identificados sinais e sintomas que permitem atribuir um grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo recomendado. São cinco níveis de classificação que possibilitam atendimento resolutivo, rápido e eficaz.⁵

Conforme acordo municipal, a instituição realiza o encaminhamento dos pacientes com classificação verde e azul para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência, respectivamente. Segundo dados do HRTN, no segundo semestre de 2014, cerca de 25,8% dos usuários classificados no pronto-socorro não foram atendidos na unidade e, por serem classificados nas cores verde e azul, foram referenciados. Esse dado exprime a grande quantidade de pacientes que se desloca sem a devida orientação da unidade da rede que melhor o atenderia com os serviços oferecidos como porta de entrada, optando, muitas vezes, pela busca às unidades hospitalares.

O presente estudo objetivou analisar o conhecimento prévio do usuário sobre o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência e da classificação de risco e a sua possibilidade de aprendizado sobre esse assunto pela abordagem direta na recepção do serviço. A abordagem visou informar aos usuários do SUS sobre o funcionamento da Rede e da classificação de risco, para que possam buscar os serviços de saúde de acordo com a sua necessidade momentânea.

MÉTODOS

Tratou-se de estudo qualitativo, que abrangeu aspectos subjetivos e motivações espontâneas e que utilizou como método de coleta de dados a entrevista semiestruturada, que permitiu flexibilidade relativa das respostas. O universo da pesquisa foi o pronto-socorro do HRTN, que recebe dezenas de pacientes diariamente. Os sujeitos da pesquisa foram usuários do SUS, fossem eles pacientes ou acompanhantes, todos os presentes no pronto-socorro do HRTN e que buscaram ou acompanharam ali algum tipo de atendimento. Foi utilizado o consentimento verbal e o compromisso de manter o anonimato na divulgação dos resultados. A pesquisa está registrada na Plataforma Brasil, CAAE nº 17983713.5.0000.5149, parecer CEP/UFMG nº 364.228 de 07/08/2013.

A partir da elaboração de um questionário, sua aplicação e a utilização de um banner* informativo como recurso metodológico (Figura 1), buscou-se analisar os dados gerados pelas entrevistas realizadas com os usuários antes e depois das informações sobre o funcionamento da RUE e



Figura 1 - *Banner confeccionado pelos estudantes Nunes BCA, Diniz DGD, Paula CE, Peixoto FE, Chelidonopoulos DHJ, Costa GFJ, Silva AM, Dias ON, Silva TCR, Castro CR, Vargas AS, Souza ET; acadêmicos do primeiro ano de implantação do Pró-PET-Saúde III no HRTN e UPA-VN.

da classificação de risco ser transmitidas pelos estudantes. Participaram duas acadêmicas, com dedicação média de oito horas semanais em campo e quatro horas de estudo.

Os critérios de inclusão foram pacientes e acompanhantes, usuários do SUS, que se dispusessem a responder, que não aparentassem estar gravemente feridos ou atormentados e que estivessem no pronto socorro do HRTN, seja na sala de espera, seja no pronto atendimento. Pacientes ou acompanhantes que se recusassem a responder ao questionário ou que demonstrassem estar em situação desconfortável, seja por dor ou preocupação, compuseram os critérios de exclusão.

O questionário aplicado (Tabela 1) continha sete questões, além de dados demográficos como nome, idade, sexo e escolaridade dos respondentes. As questões foram numeradas de 1 a 7 e foram perguntadas duas vezes para o entrevistado, uma antes e outra após a explicação do conteúdo das respostas com a utilização do *banner*. A explicação dos acadêmicos foi treinada a partir das perguntas previamente estruturadas (Tabela 1) para manter a uniformidade do conteúdo informativo aos entrevistados.

Para validação do questionário, foi realizada uma pesquisa com os enfermeiros do pronto-socorro sobre o conteúdo e a relevância das questões a serem utilizadas. Foram aplicados três questionários teste até que se chegasse a perguntas de entendimento e compreensão facilitadas. As respostas dessas entrevistas não foram incluídas nos resultados. As entrevistas ocorreram do início de novembro ao início de dezembro de 2014.

Com 34 entrevistas completadas, nenhum dado novo ou relevante surgiu e todas as categorias interrogadas foram

	PERGUNTAS	RESPOSTAS ESTRUTURADAS
QUESTÃO 1	Para você o que é urgência e emergência?	Pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte.
QUESTÃO 2	Você sabe qual a importância da classificação de risco?	Avaliar a gravidade do paciente e, conseqüentemente, diminuir o risco de morte, pois prioriza o atendimento dos pacientes com risco iminente de morte.
QUESTÃO 3	Você sabe o que é perguntado e observado na classificação de risco para determinar a gravidade do caso do paciente?	A classificação é feita a partir de queixas, temperatura, sintomas, batimentos cardíacos, saturação de O ₂ , escala de dor, glicemia, entre outros. Após essa avaliação, os pacientes são identificados com pulseiras. No HRTN a pressão arterial não é aferida.
QUESTÃO 4	Você sabe qual o tempo cada cor deveria esperar para ser atendida?	Vermelho: imediato; Laranja: 10 minutos; Amarelo: 60 minutos; Verde: UPA de referência – 120 minutos; Azul: Centro de Saúde de referência – 240 minutos.
QUESTÃO 5	Você sabe quais as cores da classificação de risco que são atendidas no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e quais não são atendidas?	No pronto-socorro do HRTN são atendidos os pacientes que são classificados como vermelho (atendimento imediato), laranja (muito urgente – pouco tempo de espera: 10 minutos) e amarelo (urgente, tempo de espera maior: 60 minutos). Alguns pacientes classificados como verde são atendidos no hospital por serem retorno médico. Os demais classificados como verde são encaminhados para a UPA de referência e os classificados como azul são orientados a procurar o Centro de Saúde de referência.
QUESTÃO 6	Você sabe quais profissionais realizam a classificação de risco?	A classificação de risco é realizada por um enfermeiro ou médico que realizou o curso do Protocolo de Manchester.
QUESTÃO 7	Você sabe em quais casos os pacientes passam na frente na classificação de risco?	Corpo de Bombeiro e SAMU são serviços que demandam atendimento externo, com isso precisam ser liberados o mais rápido possível para que outras vítimas sejam atendidas. Pacientes muito graves, como baleados e pacientes com parada cardíaca, entram no hospital sem passar pela triagem devido à gravidade do seu quadro clínico.

Tabela 1 - Questionário com respostas estruturadas.

validadas e bem estabelecidas. Cada entrevista foi registrada em uma folha própria, com um cabeçalho contendo nome, idade, sexo e escolaridade. Cada folha foi identificada com um número correspondente à ordem de resposta, que foi utilizado para análise anônima dos resultados. O registro foi feito manualmente e buscou-se transcrever a fala do usuário da forma mais fidedigna possível.

Estruturaram-se as análises por meio de resultados obtidos pelas leituras individuais e as 476 respostas obtidas foram submetidas ao *Microsoft Office Excel*, para elaboração de gráficos de setores que ilustraram os resultados quantitativos dessas análises (Tabela 2), e ao *software Iramuteq*, para realização de uma análise quantitativa de dados textuais por meio do método de Classificação Hierárquica Descendente

	PRÉ-EXPLICAÇÃO	PÓS-EXPLICAÇÃO
QUESTÃO 1		
QUESTÃO 2		
QUESTÃO 3		
QUESTÃO 4		
QUESTÃO 5		
QUESTÃO 6		
QUESTÃO 7		
LEGENDAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não souberam responder ■ Não compreenderam a pergunta □ Próximas do esperado □ Respostas incompletas ou incorretas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não souberam responder ■ Mantiveram □ Alteraram e acertaram □ Alteraram e não acertaram

Tabela 2 - Gráficos do Microsoft Office Excel, comparando as respostas pré-explicação e pós-explicação.

(CHD), baseado no algoritmo proposto para o *software Alceste* por Reiner, e análise léxica, fornecendo contextos e classes de discursos caracterizados por seus vocabulários.⁶

Dentre as diferentes formas analíticas deste *software*, a que ilustrou com fácil entendimento e interpretação dos dados coletados foi a análise por Nuvem de palavras (Tabela 3), por se tratar de uma análise lexical mais simples, que agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência (quanto maior a palavra, mais vezes ela foi citada), possibilitando a comparação entre as respostas antes e depois da explicação feita pelos acadêmicos para os entrevistados.

As variáveis demográficas como sexo, idade e escolaridade foram codificadas em algarismos numéricos para serem analisadas pelo *Iramuteq*. A variável correspondente ao sexo foi *sex*, à idade foi *id*, à escolaridade foi *esc* e foi criada, também, uma variável para conceituar a situação em que foram dadas aquelas respostas, sendo *sit 1* respostas dadas antes da explicação e *sit 2* as repostas dadas após a elucidação ser feita.

RESULTADOS

Foram realizadas 34 entrevistas com usuários do SUS. A distribuição dos participantes quanto ao gênero foi de 13 homens (38,23%) e de 21 mulheres (61,76%).

As idades foram codificadas de 0 a 3, sendo considerados 0 os entrevistados entre 0 e 20 anos (14,7%), 1 aqueles entre 20 e 40 anos (41,2%), 2 aqueles entre 40 e 60 anos (35,3%) e 3 os com mais de 60 anos (8,8%). A média de idade dos entrevistados foi de 38,4 anos, com variação entre 17 e 68 anos. Quanto à escolaridade, foram definidos como 0 aqueles que nunca estudaram (0%), 1 os com ensino fundamental incompleto (26,5%), 2 com ensino fundamental completo (17,6%), 3 os com ensino médio incompleto (20,6%), 4 os com ensino médio completo (32,4%) e 5 para ensino superior completo ou incompleto (2,9%).

Na análise individual das respostas (Tabela 2), os resultados revelaram que, diante da questão 1 “Para você o que

antes e após a explicação. A expressão “não sei” esteve presente nas respostas de seis das sete questões antes da explicação e, após a explicação, essa expressão não apareceu em nenhuma resposta. A composição de palavras também se alterou com a explicação. Na questão 6, por exemplo, a nuvem de palavras se mostra bem mais variada antes da explicação, o que demonstra uma uniformidade de resposta dos entrevistados após a explicação.

Em muitas questões também se pode observar que o vocabulário utilizado pós-explicação é melhor elaborado e relacionado às respostas esperadas. Na questão 7, por exemplo, os vocábulos mais frequentes antes da explicação, como “baleiar”, “passar” e “frente”, deram lugar a outros citados na explicação, como “SAMU”, “bombeiro” e “vermelho”.

DISCUSSÃO

Os dados analisados ilustram a realidade dos usuários com pouco conhecimento e informação sobre o funcionamento da RUE e da classificação de risco. Desta forma, tendem a procurar o serviço terciário, pois acreditam ser de melhor resolatividade e, consequentemente, contribuem para a superlotação das portas de urgência.

Os prontos-socorros lotados, observados mundialmente, são consequência da procura por estes locais como porta de entrada para a atenção primária, como se registra nessa pesquisa. Essa procura deliberada desvincula os prontos-socorros do objetivo que estes locais se propõem, o atendimento de emergências.⁷ A cultura imediatista dos usuários, que esperam acesso e tratamento fáceis e rápidos, resulta em atendimentos que apontam para queixas de baixa complexidade⁸ nas unidades de pronto-socorro. Com isso, essas queixas, que poderiam ser resolvidas em uma consulta ambulatorial, por não se caracterizarem como urgência e emergência, acarretam aumento da demanda, aumento de custos e sobrecarga de trabalho para os profissionais. A superlotação leva, portanto, à queda na qualidade da assistência prestada e na resolubilidade dos serviços.⁹

A população não distingue unidades de cuidados básicos de hospitais, ou outras estruturas mais complexas. Esta total desinformação leva as pessoas a uma verdadeira peregrinação em busca do atendimento, causando, por outro lado, um verdadeiro caos nos serviços, cujos profissionais, a todo o momento, se veem na obrigação de referir os usuários para outros locais, o que pode ser compreendido pelos usuários como negação do atendimento.¹⁰

O acolhimento, como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, associado à classificação de risco, tem por finalidade garantir a humanização da assistência nos serviços de saúde, ampliar o acesso e oferecer atendimento acolhedor e resolutivo.¹¹ De acordo com Coelho *et al.*,¹² os princípios organizacionais do SUS, a hierarquização e a regionalização, visam a reorganização dessa assistência, atendendo às necessidades de forma integral e designando os recursos necessários para determinada área de abrangência, favorecendo o acesso. Mas, para isso, é evidente que também é preciso mudar a cultura imediatista e a procura de atendimento na unidade de saúde referência próxima ao local onde reside, favorecendo a organização do serviço e melhorando a qualidade do atendimento prestado.

Mesmo que a regulamentação do Protocolo de Manchester tenha mais de uma década no HRTN, a falta de orientação ficou evidente nesse trabalho. O usuário muitas

vezes desconhece os serviços ofertados pela porta de entrada que procura.¹³ Portanto, as cores prioritárias de atendimento e os locais específicos para classificações específicas, também são desconhecidos. Essa falta de conhecimento refletiu nos resultados encontrados quando perguntado ao usuário as cores da classificação atendidas naquela unidade. No entanto, após a explicação dos acadêmicos e o uso do *banner*, a grande maioria apresentou respostas satisfatórias. A utilização do *banner* contribuiu significativamente, tanto para a transmissão das informações pelos acadêmicos quanto para o aprendizado dos usuários.

As questões que apresentaram maior conhecimento dos entrevistados antes da explicação foram as questões 2, 3 e 6. Vale ressaltar que a questão 2 apresentou o melhor resultado pós-explicação, o que pode estar relacionado a uma maior facilidade de assimilação da resposta, por se tratar de uma resposta mais simples e direta. As questões 4, 5 e 7 também apresentaram desempenho satisfatório após a explicação. As questões 4 e 5 são justamente as questões em que o *banner* foi utilizado diretamente como recurso metodológico. A questão que apresentou um pior resultado pós-explicação foi a questão 1, o que pode ser justificado por alguns entrevistados não terem compreendido o objetivo da pergunta inicialmente.

Considerando a análise da nuvem de palavras, ficou evidenciado que a explicação simples e rápida dos estudantes foi suficiente para esclarecer questões antes desconhecidas. A grande quantidade de entrevistados que não sabiam responder na situação de pré-explicação e que mudaram suas respostas após a explicação demonstra que falta informação simples e acessível.

Conforme visto anteriormente por Pereira,¹⁴ as variáveis sexo e idade não influenciaram os resultados. No entanto, a escolaridade influenciou diretamente na qualidade das respostas. O entendimento do funcionamento do SUS, o vocabulário utilizado e a capacidade de aprendizagem e memorização foram os principais traços que sofreram essa influência e uma variação diretamente proporcional ao nível educacional.

Alguns entrevistados ressaltaram a importância dessa pesquisa para a população, pois as informações obtidas durante as entrevistas são úteis para os usuários. Esse tipo de conhecimento os ajuda a buscar o serviço de saúde mais apropriado para solucionar seus problemas de saúde, evitando diversos transtornos.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados das repostas obtidas pré-explicação dos acadêmicos revelou o pouco conhecimento prévio dos usuários sobre o modelo de classificação de risco e também a falta de compreensão dos usuários sobre SUS quanto à divisão e sistematização dos atendimentos de cada unidade da rede no que se refere à complexidade do atendimento tal como a classificação de risco.

As ações de educação em saúde de forma construtiva com a participação de todos os indivíduos envolvidos mostram-se como método efetivo para aquisição e compartilhamento de informações, possibilitando aos pacientes a execução de práticas favoráveis à sua saúde e seu bem-estar, porém de forma consciente, na qual as pessoas agem de forma crítica sobre fatores individuais e coletivos.¹⁵

Assim, pode-se inferir que é necessária maior divulgação dessas informações pelo Ministério da Saúde, pois os usuários, sem compreender o funcionamento e a complexidade das instituições de atendimento na rede SUS, sofrem com a demora no atendimento, com a superlotação, o deslocamento desnecessário e o estresse, tanto para ele quanto para os profissionais de saúde, que lidam com essa situação diariamente.

As informações sobre o funcionamento da rede SUS poderiam ser transmitidas nos meios de comunicações e nos próprios serviços de saúde com utilização de panfletos, cartilhas e *banners* informativos, como o usado nessa pesquisa, o que facilita a transmissão das informações pelos profissionais e a compreensão pelos usuários, como foi constatado nos resultados obtidos pós-explicação dos acadêmicos com o seu uso.

REFERÊNCIAS

1. Portal Pró-Saúde Pet-Saúde Belo horizonte [Internet]. Belo Horizonte: Pró-Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. [citado 2016 Mar 24]. Disponível em: <http://www.portalprosaudebh.ufmg.br/>
2. Saúde.mg.gov.br. Portaria GM/MS N.º 2048, de 5 de novembro de 2002. [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007. [citado 2016 Mar 24]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=875
3. Christino TGT. Docplayer. Avaliação e Classificação de Risco baseada no Sistema de Triagem Sul-Africano adaptada em um modelo de serviço de emergência: um estudo descritivo e observacional em um hospital terciário privando Rio de Janeiro: Anais do X Congresso Nacional de Excelência em Gestão; 2014. [citado 2016 Mar 24]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/3524614-Tatiana-goncalves-trezena-christino-latec-uff.html>
4. Marsden J, Windle J, Mackway-Jones K. Sistema de Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Prefácio. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
5. Hospital Risoleta Tolentino Neves. HRTN se prepara para implantar classificação de risco. Belo Horizonte: HRTH / Design & Project ATSi. [citado 2016 Mar 24]. Disponível em: http://www.hrt.n.fundep.ufmg.br/index.php?option=com_content&task=view&id=224
6. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013. [citado 2016 Mar 24]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
7. Barakat SFC. Caracterização da demanda do serviço de emergências clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2004.
8. Oliveira GN, Silva MFN, Araujo IEM, Carvalho Filho MA. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(3):1-9.
9. Melo E. Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências. Cad Saúde Pública. 2008;24(7):1717-8.
10. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad Saúde Pública. 1998;14(2):355-65.
11. Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):181-90.
12. Coelho ME, Chaves LDP, Anselmi ML, Hayashida M, Santos CB. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. Rev Latino-Am Enferm. 2010;18(4):770-7.
13. Chagas HMA, Vasconcellos MPC. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. Saúde Soc. 2013;22(2):377-88.
14. Círculos de Estudos Linguísticos do Sul. [Internet]. Rio Grande do Sul: CEL SUL; 2009. [citado 2016 Mar 24]. Disponível em: <http://www.celsul.org.br/Encontros/04/artigos/102.htm>
15. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. [Internet]. Rev Enferm UERJ. 2009;17(2):273-7.