



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL - IFRS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**O ATENDIMENTO HUMANIZADO NA SALA VERMELHA DA
EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

MARIETA FÉLIX BICA

ORIENTADORA: MARISTELA VARGAS LOSEKANN

**PORTO ALEGRE
2012**



Ministério da
Saúde



MARIETA FÉLIX BICA

**O ATENDIMENTO HUMANIZADO NA SALA VERMELHA DA EMERGÊNCIA DE
UM HOSPITAL PÚBLICO**

Relatório apresentado à Escola GHC
como pré-requisito parcial de conclusão
de curso Técnico em Enfermagem.

Orientadora: Maristela Vargas Losekann

PORTO ALEGRE

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores que me transmitiram conhecimentos, aos colegas pela troca de experiências e a amizade que perdura para sempre.

Em especial, agradeço a minha orientadora Maristela Vargas Losekann que me incentivou muito para que não desistisse desta jornada.

Agradeço também, ao meu esposo e minhas filhas pela tolerância de minha ausência e a todas aquelas que direta ou indiretamente contribuíram para o almejo desta conquista.

A vocês minha homenagem de gratidão e muito estima.

RESUMO

Este trabalho de conclusão do curso Técnico em Enfermagem da Escola GHC foi desenvolvido baseado na Política Nacional de Humanização e na assistência hospitalar da sala vermelha da emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. No estágio na emergência, passamos por várias salas, mas a sala vermelha foi a mais impactante, pois neste local os pacientes atendidos são graves, necessitam de atendimento imediato e correm risco de vida. Foi a partir desse estágio que resolvi fazer o trabalho de conclusão sobre este tema, com o objetivo de observar se o atendimento realizado pelo técnico em enfermagem neste local leva em conta a humanização da assistência. Observa-se neste local uma preocupação dos profissionais de enfermagem com o cumprimento de normas e rotinas que levam a um cuidado fragmentado, centrado na execução de uma tarefa cujo objeto de trabalho é a parte do corpo do paciente. Neste contexto, olhar o outro, tocá-lo e ouvi-lo, não são, muitas vezes, ações de cuidado priorizadas. Acredito que, na enfermagem devemos cuidar para não banalizar e esquecer o que propõe a Política de Humanização. Os profissionais de enfermagem devem comprometer-se com o paciente, buscando propiciar um melhor cuidado humano.

Palavras-chave: Humanização da Assistência Hospitalar. Triage. Acolhimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 O QUE É HUMANIZAÇÃO?.....	6
2.1 A HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA DO HNSC.....	7
3 A EMERGÊNCIA COMO LOCAL DE CUIDADO.....	10
4 A EXPERIÊNCIA COMO ALUNA.....	11
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

1 INTRODUÇÃO

Este relato de experiência faz parte dos estágios de campo realizados durante o curso Técnico em Enfermagem da Escola do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Durante os estágios, passamos por diversos locais dentro do GHC com diferentes níveis de gravidade, mas o que mais me chamou atenção foi a vivência no serviço de Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) de Porto Alegre.

Na emergência passamos por várias salas, mas a sala vermelha foi a mais impactante, pois neste local o perfil dos paciente atendidos é grave, são pacientes que necessitam de atendimento imediato e correm risco de vida.

Então, procurei observar como acontece o atendimento de enfermagem ao paciente nesta sala e como é a atuação do técnico de enfermagem, principalmente no que se refere às questões da humanização do atendimento.

Portanto, a sala vermelha da emergência foi escolhida porque ao realizar o estágio neste local percebi que o cuidado prestado pela enfermagem ao paciente crítico era diferente do que imaginava. Não pensei que um paciente que estava precisando de atendimento imediato, ficasse tão exposto em uma sala fria e com tantos aparelhos.

O ambiente da sala vermelha me deixou chocada, e foi neste momento que resolvi fazer o trabalho de conclusão do curso sobre este tema, com o objetivo de observar se o atendimento realizado pelo técnico em enfermagem neste local leva em conta a assistência humanizada.

De acordo com Buógo e Cogo (2002) observa-se uma preocupação dos profissionais de enfermagem com o cumprimento de normas e rotinas que levam a um cuidado fragmentado, centrado na execução de uma tarefa cujo objeto de trabalho é a parte do corpo do paciente. Neste contexto, olhar o outro, tocá-lo e ouvi-lo, não são, muitas vezes, ações de cuidado priorizadas pelos trabalhadores.

Neste local, alguns cuidados não são priorizados, como, por exemplo, o banho de leito, cuja finalidade segundo Brum et al (2000) é limpar a pele reduzindo os riscos de infecção, possibilitando uma melhor circulação periférica e propiciando o relaxamento do paciente. Além disso, estes autores destacam que o banho é um cuidado que aproxima o cuidador do paciente cuidado.

2 O QUE É HUMANIZAÇÃO?

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado SUS que dá certo.

Ela reconhece que os estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública.

Segundo o Ministério da Saúde, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Supõe troca de saberes, incluindo os dos pacientes e familiares, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe.

Além disso, leva em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde e constitui-se em uma política de ações materiais e concretas. Entendemos a humanização do SUS como sendo

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento de autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; defesa de um SUS que reconhece e diversidade de povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção a saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais do trabalho; proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012)

Da mesma forma, o Ministério da Saúde (2012) considera como princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde, a transversalidade e a autonomia e protagonismo dos sujeitos.

O Ministério da Saúde (2012) destaca as diretrizes para implementação do Humaniza SUS que são: ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção; ampliar, estimular e fortalecer grupos de trabalho e câmaras

técnicas de humanização com plano de trabalho definido; estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas; reforçar o conceito de clínica ampliada; sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Cabe destacar ainda que o Ministério da Saúde (2012) coloca como prioridade adequar os serviços ao ambiente e a cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável; viabilizar participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão; implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população; promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS; promover atividades de valorização e de cuidados dos trabalhadores da saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Segundo Santos et al (2003) a emergência preconiza que os serviços sejam providos de acolhimento com triagem classificatória de risco e o atendimento imediato. As instituições mesmo com os avanços recentes ainda reúnem muitas fragilidades.

É insuficiente a configuração das redes; é descentralizada e o fluxo não é organizado. Os hospitais sofrem com as influências políticas e culturais e a inclusão de recursos de acolhimento e humanização são iniciativas ainda isoladas.

Na atualidade os serviços de saúde pública mostram diferença e a falta de sensibilidade diante do sofrimento humano, pois existe um distanciamento entre gestores, instituições, equipe de saúde e pacientes.

Hoje verifica-se o crescimento da procura por serviços de emergência/urgência, sendo que, aproximadamente 40% desses atendimentos não necessitam efetivamente de cuidados de urgência. Conseqüentemente, existe o desvio de recursos humanos e privação do atendimento aqueles que realmente necessitam, o que pode causar um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados. Os doentes que recorrem indevidamente a este serviço, recebem, em parte, atendimento inadequado por: - impossibilidade de abordagem global ao doente; - dificuldade no controle de doenças crônicas; - impossibilidade de construir uma relação funcional médico-paciente; - dificuldade de abordar o paciente com múltiplas patologias (ANDRADE, 2004).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS tem como propósitos contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio e mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão e implementar processos de acompanhamento e avaliação (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

De acordo com Poll e Lunardi (2008) o Sistema de Saúde, no Brasil, ainda não se organizou totalmente, pois não dispõe de estrutura própria e capacitada, buscando a terceirização e assim não dando cobertura assistencial integral a toda a população. A equipe que atua na unidade de emergência necessita se aperfeiçoar para atender os pacientes como ser humano e a educação continuada e permanente busca romper paradigmas transformando os conceitos de atendimento aos usuários.

2.1 A HUMANIZAÇÃO NA EMERGÊNCIA DO HNSC

Na Emergência do HNSC, o dispositivo Acolhimento, proposto pelo Ministério da Saúde (2009), tem por objetivo dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar créditos a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento é visto como ato ou efeito de acolher e expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “um estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

O acolhimento com avaliação de risco é colocado pelo Ministério da Saúde como dispositivo tecnológico e propõe mudanças possíveis no trabalho da atenção a da produção de saúde.

Neste sentido, os objetivos da classificação de risco são: identificar prontamente urgências e emergências, ou seja, o risco de perder a vida; organizar os processos de trabalho no espaço físico; diminuir a superlotação; informar os pacientes e familiares do fluxo de atendimento e tempo de espera; esclarecer a comunidade a forma de atendimento de urgências e emergências.

No Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o acolhimento é realizado por uma equipe composta de: Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares administrativos, Assistente social e fisioterapeutas. A Classificação de Risco é realizada pela enfermeira.

A estrutura física da Emergência está formada de acordo com as cores de prioridade e risco. A área vermelha, que é a sala de atendimentos dos paciente mais graves, possui 5 leitos sendo que um deles é utilizado para isolamento e outro para atendimento de paciente do protocolo do Acidente Vascular Cerebral; 1 Box de estabilização e primeiro atendimento com desfibrilador. Neste local, todos leitos possuem monitores cardíacos e respiradores.

A área laranja possui 14 leitos de observação e internação com monitorização, mas sempre possui mais pacientes do que deveria ter. Além disso, possui uma área observação como 30 leitos, mas a lotação em média é de 100 pacientes. A área amarela e azul possui 5 consultórios médicos clínicos, 2 consultórios cirúrgicos, 2 consultórios odontológicos, 2 salas de procedimentos, 1 sala de medicação.

3 A EMERGÊNCIA COMO LOCAL DE CUIDADO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sediado no município de Porto Alegre, oferece atendimento exclusivo pelo sistema Único de Saúde (SUS), sendo 100% SUS, desenvolve ações e presta serviços de saúde de forma abrangente e universal, sendo referência em saúde pública na Região Sul. É formado pelos hospitais Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina e doze unidades de saúde comunitária.

Possui mais de 7 mil trabalhadores, é vinculado ao Ministério da Saúde e atua integrado à rede pública de saúde local e regional. De todos os atendimentos, 51% são proveniente de Porto Alegre, 36% da região metropolitana e 13% do interior do estados. (BRASIL. Ministério da Saúde. GHC, 2012)

O GHC tem uma gestão norteada pelas seguintes diretrizes: Democratização, Integração externa e Interna, Formação, Ensino e Pesquisa, Reestruturação Institucional e Eficiência e Eficácia Organizacional, além de uma Agenda Estratégica que aponta para a consolidação de um novo modelo de saúde pública.

A Escola GHC oferece o curso de técnico em enfermagem, no qual estou inserida como aluna e nos estágios passei por vários locais, entre eles a Emergência.

A emergência do HNSC está dividida em área vermelha, laranja, amarela, verde e azul. A área vermelha possui 5 leitos de terapia intensiva, um leito de isolamento e um box de parada cardiorespiratória com desfibrilador, monitorização e respirador.

A área laranja possui 14 leitos de observação ou internação com monitorização. Neste local atuam 2 médicos clínicos e uma equipe de enfermagem de 7 a 9 técnicos em enfermagem. A área amarela, verde e azul é formada por consultórios

A Emergência do HNSC implantou em 2004 o Acolhimento com Classificação de Risco, tendo por base a experiência do hospital municipal Mario Gatti de Campinas. Em fevereiro de 2012, este protocolo foi substituído pelo Protocolo de Manchester.

4 A EXPERIÊNCIA COMO ALUNA

A sala vermelha é o local da emergência no qual ficam as pessoas mais graves e com risco de vida. Nesta área, temos 7 leitos, sendo que um deles é reservado para o atendimento de parada cardiorespiratória e um para atendimento do Protocolo do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A equipe de saúde desta área é formada por 1 Médico Intensivista, 1 Enfermeiro e 4 Técnicos de Enfermagem. Os pacientes atendidos neste local são encaminhados conforme a classificação de risco do protocolo de Manchester e devem ter atendimento imediato da equipe.

Além disso, os pacientes classificados como vermelhos e quem tem mais complexidade no atendimento são hospitalizado temporariamente na sala vermelha e se precisarem vão para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Nos casos em que o quadro do paciente melhora, estes são removidos para a sala laranja, que é uma sala de observação e internação de pacientes graves.

A classificação de risco utilizada na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição está baseada no Protocolo de Classificação de Risco de Manchester conforme demonstra a tabela abaixo:

Número	Nome	Cor	Tempo-alvo (min.)
1	Emergente	vermelha	imediato
2	Muito Urgente	laranja	10
3	Urgente	amarelo	60
4	Pouco Urgente	verde	120
5	Não Urgente	azul	240

Fonte: CLASSIFICAÇÃO de risco. Protocolo de Manchester, 2008.

No estágio na sala vermelha da Emergência, presenciei pessoas inconscientes, monitorados por inúmeros aparelhos, entubados, com monitores cardíacos, bombas de infusão e monitores de pressão não invasiva. O ambiente da sala é frio para manter o ambiente arejado e para a circulação de ar. Este fato dificulta a realização pela equipe de enfermagem de uma higiene corporal mais demorada e com mais técnicas que envolvam a higiene e conforto.

Tudo isso, me levou a pensar que com tantos aparelhos, as técnicas de enfermagem não podem ser executadas com humanização, pois temos que olhar mais para a máquina do que para o paciente como um todo.

A profissão do técnico em enfermagem não se sustentaria e não teria importância somente através das técnicas. Estas não seriam suficientes se faltasse ao profissional o senso de observação. Portanto, é através de acurada e profunda observação que o profissional pode obter preciosas informações sobre as condições gerais do paciente.

A tecnologia é importante, pois nos orienta, mas em alguns casos tira o contato direto com o paciente, o que faz com que passemos a ser e agir como robôs e esquecer o lado humanizado do cuidado de enfermagem.

Na sala vermelha, como os pacientes são muito graves, o pessoal de enfermagem tem que estar atento aos sinais vitais, assim alguns cuidados passam a não ser executados da melhor maneira como, por exemplo, o banho de leito.

O banho da pessoa doente, acamada e internada em uma instituição sempre foi uma atribuição da enfermagem desde o seu surgimento como profissão. Na linguagem comum da profissão ele é denominado como uma "técnica de enfermagem" e, no nosso entendimento, tratado como um procedimento rotineiro, ainda que implique em um momento de "invasão" do corpo do outro. A experiência nos mostra que este momento tão importante para o doente, principalmente pelo bem estar que pode proporcionar, não recebe a devida importância para os profissionais. (BRUM et al, 2000, p. 40)

Observei que os cuidados humanos básicos como, por exemplo, a higiene oral e a troca de decúbito deixavam a desejar nesta sala. O paciente não era avisado sobre os procedimentos que seriam executados e nem era chamado pelo nome. Além disso, ficavam expostos ao ar frio do ar condicionado central.

Os técnicos de enfermagem durante a realização dos exames e procedimentos conversavam entre si, sem prestar um mínimo de atenção aos pacientes. O contato ficava restrito aos procedimentos, administração de medicamentos, sendo que a maioria dos medicamentos neste local é administrado através de bombas de infusão.

A equipe poderia manter o silêncio e não ter tantas conversas paralelas. O contato maior e a conversa do técnico em enfermagem com o paciente ocorre durante a punção venosa, quando o paciente percebe o contato de alguém.

Acredito que o atendimento nesta sala poderia ser mais humanizado, pois os pacientes que estão ali necessitam disso para a sua recuperação. Da mesma forma, não ter um familiar por perto é um fato que deixa o paciente ansioso. Creio que os pacientes se sentiriam mais confortáveis com alguém do seu convívio próximo.

O banho poderia ser realizado com uma jarra de água com uma temperatura agradável, bacia, luvas para o banho, sabão, pente ou escova para cabelo e toalhas. Vieira apud Brum et al (2000) percebeu que estudantes de enfermagem demonstravam aversão à tarefa de dar banho, embora o considerem importante para proporcionar conforto, alívio da fadiga, prevenção de úlceras de pressão, resgate de aparência física e oportunidade de promover interação entre o cuidador e o cuidado.

Em relação à roupa, os homens poderiam optar pelo uso de pijama e camisola para mulheres. Procedimentos que acharia necessário: fechar portas e usar biombo, forrar a cama com plástico, colocar na bacia água quente e fria misturando-as a uma temperatura agradável e a higiene bucal ser realizada no mínimo duas vezes ao dia.

Procurei realizar um banho mais humano como: lavar os cabelos, a face, higiene bucal, esfregando, enxaguando e secando e todos os procedimentos que realizei informando-os o que seria feito. A minha preocupação não era só medicar, mas sim dar o conforto que devo ter a qualquer ser humano, não ser tratado com paciente para toda vida, mas sim naquele instante, constatei que poderia propor mudança no atendimento mais humanizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população brasileira ganhou muito com a humanização do SUS. Observa-se que no Brasil as pessoas são cuidadosas e sempre estão à procura de um acolhimento mais humanitário. Os profissionais de saúde estão se reeducando para fornecer o cuidado com o olhar para o paciente e não para a sua patologia.

Na emergência, com o paciente monitorado e com tantos equipamentos, percebi que o profissional de enfermagem se preocupa com a técnica e não lhe oferta o acolhimento apropriado. O olhar está mais para os equipamentos do que para o paciente.

A humanização propõe que os novos profissionais tenham um olhar com mais cuidado e voltado a esse paciente. Entretanto, a saúde tem que ser o direito de todo ser humano e este deve ser informado e cobrar os seus direitos.

Realizei o meu trabalho sobre a sala vermelha de emergência do HNSC, pois fiquei chocada quando realizei meu estágio nesta sala e observei como os profissionais realizam o cuidado. Sendo assim, tive vontade de aprender sobre o funcionamento desta sala e descobrir o que seria possível para melhorar o atendimento prestado.

Há necessidade de se criar uma política mais humana, pois os profissionais que trabalham naquela área não estão capacitados para tal como, por exemplo, o banho de leito que poderia ocorrer com um biombo para assegurar a privacidade e a integralidade do paciente. Além disso, qualificar práticas simples como a troca de decúbito que ajuda na prevenção das úlceras pressão.

Percebi que não se pratica a humanização de forma adequada neste local. Acredito que é necessário que os profissionais de enfermagem se deem conta de que precisam mudar suas práticas e mobilizem-se para aprender o que é humanização e como ela pode contribuir para melhorar o cuidado.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Elizabeth; DONELLI, Tagma. Acolhimento e humanização; proposta de mudança na recepção aos usuários do Setor de Emergência/Urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo(HMNH). **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, jul./dez. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Quem somos?** 2012. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br>>. Acesso em: 08 ago. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF. Ed. Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/360.%20pol%20CDtica%20nacional%20de%20humaniza%C7%C3o.pdf > Acesso em: 10 set. 2012.
- BRUM, Jane Lilian Ribeiro et al. O Cuidado humano: ação de purificação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. esp., p. 33-44, 2000.
- BUÓGO, Miriam; COGO, Ana Luísa Petersen. Desvelando significados do primeiro banho no leito para alunos de um curso de auxiliares de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, 2002.
- CLASSIFICAÇÃO de risco. 2008. Disponível em: <<http://www.tolife.com.br/classificacao-de-risco/?lang=pt>>. Acesso em: 21 jul. 2012.
- GALLO, Adriana Martins; MELLO, Helen Caroline. Atendimento humanizado em unidade de urgência e emergência. **Revista F@pciência**, Apucarana, v. 5, n. 1, p. 1-11, 2009.
- POLL, Márcia Adriana; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 509-514, 2008.
- SANTOS, José Sebastião et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, abr./dez., 2003.