

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO NORTE DO RIO GRANDE
DO SUL
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO-SENSU* EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE
MODALIDADE À DISTÂNCIA**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
EM UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM
HOSPITAL GERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

ARTIGO DE ESPECIALIZAÇÃO

Ana Carolina Feldns

**Constantina, RS, Brasil
2011**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM
UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL
GERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

por

Ana Carolina Feldns

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Msc. Leila Mariza Hildebrandt

Co-orientadora: Prof^a Dra. Marinês Tambara Leite

Constantina, RS, Brasil

2011

*Dedico este trabalho aos meus pais Suely e Cirso,
que não mediram esforços para que esta conquista fosse possível.
As palavras são desnecessárias para descrever a importância de vocês em minha vida.*

Agradecimentos

Aos meus amados pais Suely e Cirso, por estarem sempre presentes principalmente nos momentos mais difíceis, dando apoio, incentivo e amor.

Aos meus irmãos Viviane e Rosino Felipe pelo incentivo em minha vida profissional, confiança, companheirismo e paciência.

Ao meu namorado Boaventura pelo carinho, amor, paciência e principalmente, compreensão, por aceitar a minha ausência enquanto dedicava-me aos estudos.

A minha orientadora professora Marines, por me acolher e me mostrar o caminho certo, enquanto me encontrava perdida nesta trajetória, pelo conhecimento e sabedoria que contribuíram para a realização deste estudo.

Aos meus colegas e amigos, parte fundamental nesta caminhada. Pelos momentos de descontração, amizade e companheirismo.

A Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel, que permitiu a realização deste estudo.

A Universidade Federal de Santa Maria, por proporcionar esta oportunidade.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho.

Agradeço a Deus e ao Meu Anjo da Guarda pela proteção, pelas lições de vida, permitindo meu crescimento pessoal, por permitir que este sonho se realizasse.

SUMÁRIO

RESUMO.....	
06	
ABSTRACT.....	
07	
RESUMEN.....	
08	
INTRODUÇÃO.....	
09	
1. DOS CONCEITOS O ENTENDIMENTO DOS CONCEITOS DE EMERGENCIA.....	
13	
2. RELATANDO A EXPERIENCIA.....	
18	
3. REFLEXÕES.....	
23	
REFERÊNCIAS.....	
25	
ANEXOS.....	
28	
Anexo 1 – Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Pronto Socorro da Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel.....	
29	

RESUMO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL GERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Feldns¹
Marinês Tambara Leite²
Leila Mariza Hildebrandt²

A demanda de usuários nos serviços de emergências tem aumentado significativamente, o que, frequentemente, gera descontentamento em virtude do tempo de espera. Este trabalho tem o objetivo de *relatar a experiência vivenciada no processo de acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Pronto Socorro 24 horas do Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel – RS*. Esta instituição hospitalar, com a intenção de organizar o atendimento, conforme gravidade da situação do usuário, e oferecer um atendimento resolutivo implantou o serviço de acolhimento com classificação de risco. Os resultados da prática deste são inúmeros, destacando-se a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade de cada caso; a diminuição do tempo de espera pelo atendimento do paciente em situação de real urgência/emergência; a redução de ocorrências indesejadas nas filas de espera, além da melhoria no prognóstico dos pacientes, associada a intervenção mais rápida e oportunas.

Palavras Chave: Acolhimento. Classificação de risco. Enfermagem. Pronto Socorro.

¹ Pós Graduada em Gestão de Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

² Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UFSM/CESNORS

ABSTRACT

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL GERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Feldns³
Marinês Tambara Leite⁴
Leila Mariza Hildebrandt²

The demand from users for the emergency services has increased significantly, which often generates discontent because of the waiting time. This paper aims to report their experience with the process of receiving a rating in the Unidade de Pronto Socorro 24 horas do Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel – RS. This hospital, with the intention of organizing the service, as the gravity of the situation of the user, and offer a service deployed resolvent hosting service with risk classification. The results of this practice are numerous, especially the ordination of care according to the needs of each case, the reduction in waiting time for patient care in a situation of real urgency / emergency, the reduction of unwanted events in queues expects, in addition to improving the prognosis of patients, associated with more rapid and timely intervention.

Keywords: Home. Risk classification. Nursing. Emergency Room.

³ Pós Graduada em Gestão de Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

⁴ Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UFSM/CESNORS

RESUMEN

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL GERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Feldns⁵
Marinês Tambara Leite⁶
Leila Mariza Hildebrandt²

La demanda de los usuarios de los servicios de emergencia ha aumentado significativamente, lo que a menudo genera descontento por el tiempo de espera. Este trabajo tiene como objetivo dar a conocer sus experiencias con el proceso de recibir una calificación en el *Unidade de Pronto Socorro 24 horas do Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel – RS*. Este hospital, con la intención de organizar el servicio, como la gravedad de la situación del usuario, y ofrecer un servicio implementado servicios de alojamiento resolutivo con clasificación de riesgo. Los resultados de esta práctica son numerosos, en especial la ordenación de la atención de acuerdo a las necesidades de cada caso, la reducción de tiempo de espera para la atención al paciente en una situación de verdadera urgencia / emergencia, la reducción de eventos no deseados en las colas espera, además de mejorar el pronóstico de los pacientes, asociada a una intervención más rápida y oportuna.

Palabras clave: Hogar. Clasificación de riesgo. Enfermería. Sala de Emergencias.

⁵ Pós Graduanda em Gestão de Organização Pública em Saúde. Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

⁶ Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UFSM/CESNORS

INTRODUÇÃO

A triagem sempre foi realizada em unidades de pronto socorro, porém apenas para pacientes com risco imediato a vida, não considerando pacientes com potencial risco de morte secundário. A ordem de atendimento dos demais pacientes era feita a partir do horário de sua chegada a recepção da unidade de pronto socorro. Ela foi utilizada, inicialmente, nas guerras, pelos militares para classificar os soldados feridos em batalha, estabelecendo prioridades de tratamento. Eles eram classificados como vítimas gravemente traumatizadas considerados não viáveis, os que necessitavam cuidado imediato e aqueles que podiam aguardar tratamento com segurança (GBACR, 2011).

A população, em geral, acredita que o serviço prestado no Pronto Socorro ocorre de maneira rápida e resolutiva, diminuindo o tempo de espera para a realização de exames, obtendo resultados logo após a realização destes. Por vezes, muitos destes usuários podem ser atendidos em unidades básicas de saúde, não percebendo que a finalidade do pronto socorro é o atendimento a pacientes com risco grave de morte e de maior complexidade.

Especialmente pelo motivo descrito acima, as unidades de pronto socorro, da maioria dos municípios, estão superlotados, com diversos atendimentos de pacientes que precisam de um serviço de urgência e emergência e atendendo, também, uma gama infinita de usuários com necessidades de atenção de baixa complexidade, não menos importantes, mas menos urgentes. Além de que todos os pacientes em um mesmo ambiente podem dificultar a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento. Considerando-se, ainda, que o fluxo intenso gera insatisfação e revolta na população, uma vez que entendem que estes serviços devem absorver toda a demanda e prestar atendimento a todos os que procuram tais unidades.

Por sua vez, os profissionais de saúde que trabalham em unidades de pronto socorro, podem sentir-se desmotivados e insatisfeitos pela situação que o problema gera, pois é comum a revolta da população com a demora do atendimento e com a demanda indevida da população. Torna-se corriqueiro os ‘xingamentos’ e ofensas, por parte de pacientes para com os profissionais, a imprensa critica abertamente este tipo de serviço, pois passam, muitas vezes, a imagem de ‘má vontade’ e indiferença por parte dos profissionais e da administração hospitalar.

O tema acolhimento vem ganhando destaque nas instituições de saúde, gerando discussões importantes sobre o tema, estimulando o profissional trabalhador da área de saúde a buscar qualificação para atender cada vez melhor os clientes que procuram o serviço de saúde. Na visão dos trabalhadores em saúde, a humanização tem relação com a valorização do trabalho e do trabalhador: democratizando as relações de trabalho, ou seja, incluindo os trabalhadores nos processos de gestão; a baixa remuneração, as condições de trabalho que interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam. Do lado do usuário as opiniões basicamente convergem em a baixa responsabilização e a descontinuidade no cuidado e nos tratamentos (BRASIL, 2010).

O ato de acolher não significa apenas aceitar aquilo que o cliente traz, mas, a partir disto, produzir desvios e movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes, de novas éticas, procurando resolutividade para o problema do usuário que procurou a unidade de saúde (BRASIL, 2010). O aumento da procura de atendimento nos serviços de emergência torna a classificação de risco necessária para minimizar os efeitos da grande demanda de atendimentos e diferentes graus de complexidade dos pacientes. Ela é um processo que visa a identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (GATTI, 2011).

Política Nacional de Humanização (PNH) traz o acolhimento como uma diretriz que não tem momento certo e local para ocorrer, o profissional que o realiza também não é específico. Desta forma, torna-se uma postura ética que necessita de escuta do usuário em suas queixas, na importância de seu papel no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução. O ato de acolhimento é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008). “A classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da ‘fila de espera’ no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada” (BRASIL, 2008, p. 01). A humanização em saúde faz parte desta proposta de novos rumos às unidades de saúde emergenciais, o trabalho de saúde torna-se humanizado quando combina defesa da vida com qualidade, dependendo da importância dos valores ligados à saúde, transformando-a em atividade prazerosa (CAMPOS, 2010).

De acordo com critérios pré-estabelecidos, a classificação de risco deve ser feita por enfermeiros, não tendo como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas a ordem do atendimento, dando prioridade a pacientes com potencial risco de vida, a partir de análise feita pelo profissional que realiza a classificação de risco (BVS, 2008). O acolhimento pode ser

realizado em todos os lugares e o papel do profissional que realiza a escuta é de receber, interligar e mover por esse espaço. Acredita-se que uma técnica de conversa ou de relação oferece aos usuários amplas possibilidades de circulação pela rede, tornando-se um autêntico espaço coletivo de conversações (TEIXEIRA, 2003).

Torna-se importante ampliar o conhecimento técnico e científico da equipe que atua na classificação de risco, inclusive qualificando a capacidade do profissional para a escuta do usuário, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade. É imprescindível a participação de todos os integrantes da equipe nas reuniões para que as melhorias sejam feitas de maneira resolutiva, diminuindo os riscos de erros (BRASIL, 2008).

Também, deve ser promovidos encontros pela equipe que realiza a classificação de risco, pois o fato de poderem opinar, decidir sobre o seu fazer, é fundamental para que eles possam se sentir protagonistas nesse processo, oferecendo espaço para que ele possa criar, colocando marcas pessoais naquilo que faz (BRASIL, 2010). Os objetivos da classificação de risco são vários, sendo os principais a avaliação inicial do paciente logo na entrada do Pronto socorro; a diminuição do tempo para o atendimento médico, conforme a necessidade do paciente; a informação do tempo de espera para o atendimento médico (GATTI, 2011).

Com o objetivo organizar e normatizar os serviços de urgência e emergência nos Estados e Municípios, o Ministério de Saúde criou a Portaria 2048/2002 que entrou em vigor em novembro de 2002. Esta portaria traça as diretrizes e propõe diversas mudanças, tanto estruturais quanto operacionais, para o atendimento das urgências e emergências em todo o território nacional. Também, estabelece melhor organização da assistência, uma vez que interliga os serviços e determina fluxos de referências. Assim, esta portaria tornou-se componente imprescindível para a universalidade do acesso, a equidade de recursos e a integralidade na atenção prestada. Nela, observa-se, ainda, a regionalização com referência pactuada e hierarquia resolutiva como a opção mais oportuna para operacionalizar a proposta de acolhimento, aqui entendido como o primeiro atendimento qualificado e resolutivo, que é de responsabilidade de todos os níveis da rede assistencial (BRASIL, 2002).

Desse modo, como forma de reorganizar os processos de trabalho, na busca por melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde, atrelado a humanização e a garantia do atendimento rápido e eficaz, a referida Portaria propõe a implantação, nas unidades de atendimento de urgências, do acolhimento e a 'triagem classificatória de risco'. A classificação de risco visa identificar o risco/vulnerabilidade do usuário, levando em conta as dimensões subjetivas, biológicas e sociais do adoecer e, na sequência, orientar, priorizar e

decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução do problema do usuário (MAFRA, 2002).

As unidades de Pronto Socorro, culturalmente, são consideradas a referência para tratamento de qualquer doença pela população em geral, por serem locais com atendimento rápido e resolutivo, sendo assim, o foco da atenção à saúde é voltada à doença, a cura, e não da prevenção (SOUZA; BASTOS, 2008). Desse modo, a população, em geral, passa a entender o serviço prestado no Pronto Socorro como uma alternativa rápida e resolutiva para suas doenças, que poderiam ser atendidas em unidades básicas de saúde, não percebendo que a verdadeira finalidade é o atendimento a pacientes com risco de morte.

Desta forma, os serviços prestados no Pronto Socorro, da maioria dos municípios, vêm superlotando, com diversos pacientes que precisam de um serviço de urgência e pacientes com necessidades de atendimento de baixa complexidade, não menos importantes, mas menos urgentes. Os pacientes em um mesmo ambiente dificultam a visualização e o estabelecimento de prioridades de atendimento. Considerando-se, também, que o fluxo intenso gera insatisfação e revolta na população, pois imagina que estes serviços devem absorver toda a demanda, prestando atendimento a todos os que procuram as unidades.

Contudo, o novo modo de trabalho nos serviços de emergência propõe rever a organização e as perspectivas, sendo o trabalho de enfermagem imprescindível, pois, na maioria dos locais, a equipe de enfermagem assume um papel de prestígio na reorganização de suas redes, definindo o tempo e tipos de cuidado (PASCHÉ, 2010).

Considerando os aspectos descritos acima, tomando como exemplo os serviços de outros hospitais públicos da região e motivada pela portaria nº 2048/2002, do Ministério da Saúde, a unidade de Pronto Socorro do Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel – RS iniciou o processo de acolhimento com classificação de risco, em 2009. Para este trabalho, o profissional de enfermagem, na entrada da unidade, por meio de entrevista, exame físico sucinto, verificação de sinais vitais e eventualmente alguma exame complementar (glicemia capilar, por exemplo) realiza a classificação de risco dos pacientes que acessam o serviço. As decisões são respaldadas por um protocolo aprovado pela direção técnica e administração hospitalar. Assim, este trabalho tem por objetivo *relatar a experiência do processo de acolhimento com classificação de risco em uma Unidade de Pronto Socorro 24 horas do Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel – RS*

1. DOS CONCEITOS AO ENTENDIMENTO DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Os serviços de Pronto Socorro atendem os mais variados tipos de pacientes, portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica com a finalidade de possibilitar a resolução dos problemas de saúde dos pacientes que os procuram. São serviços que funcionam 24 horas, sendo uma das principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais serviços têm como desafio oferecer assistência de qualidade em um ambiente no qual as demandas das urgências propriamente ditas, das urgências do indivíduo e das urgências sociais se misturam (BRASIL, 2002).

A Constituição Brasileira pontua que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”, sendo soberana e, sobretudo, abrangente e deve garantir, mediante políticas públicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Os serviços de urgência são caracterizados pelo atendimento a pacientes em situações agudas que se encontram em risco de morte ou sofrimento intenso. Nesse sentido, torna-se pertinente diferenciar dois conceitos básicos, o conceito de urgência e emergência que, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1.451, de 10/03/1995 é caracterizado da seguinte forma: *Emergência*: “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.” *Urgência*: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995. p 01).

A demanda de pessoas que procuram este serviço cresce a cada dia, sendo que a superlotação, a insatisfação dos pacientes, a sobrecarga de trabalho dos profissionais são os fins mais previsíveis. A maioria dos serviços de atendimento às urgências convive com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser pela hora de chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado.

A superlotação nos serviços de Pronto Socorro gera problemas nos serviços de saúde. Estes problemas tornam-se cada dia mais intenso, aumentando as discussões sobre a situação

caótica do atendimento nestes serviços. Ao invés da porta de entrada ser nas unidades básicas, ela ainda permanece nos Prontos Socorros, sobrecarregando a equipe com pacientes que buscam consultas de rotina (GONÇALVES et al, 2007). Comumente, as unidades de Pronto Socorro permanecem lotadas em função da grande demanda de usuários, bem como a falta de leito nas unidades clínicas e cirúrgicas, assim, os pacientes ficam aguardando nos leitos de observação da unidade de Pronto Socorro, dificultando o atendimento que deveria ser rápido e eficiente (GONÇALVES et al, 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) refere que nos momentos em que houver um desequilíbrio entre a demanda de pacientes e os recursos profissionais para atendê-la, deve-se realizar um processo de seleção ou triagem dos pacientes, sendo que a OPAS define triagem como a classificação e seleção de feridos para determinar a prioridade de necessidade e local adequado de tratamento (SOUZA E BASTOS, 2008). Ou seja, a triagem deve ser utilizada em situações de ‘caos’, tendo as limitações de se basear na ideia de exclusão, sendo assim é a gravidade do quadro da vítima que determinaria seu atendimento ou não.

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com alguém, deve ser entendido como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços. Torna-se também um dispositivo de intervenção que possibilita analisar o processo de trabalho em saúde com foco na empatia e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade (BRASIL, 2009).

Esta nova maneira de trabalho nas unidades de Pronto Socorro requer equipes experientes, capacitadas e treinadas que identifiquem necessidades e prioridades do usuário, realizando assim uma avaliação correta dos sinais e sintomas estabelecidos no protocolo. Os serviços de saúde devem adaptar a classificação com base na sua realidade de trabalho, na experiência, recursos, padrões de doença, área física, risco ou existência de superlotação e uso de protocolos (MAFRA, 2005).

Uma das questões críticas diante desta situação é a avaliação feita pelo paciente e seus acompanhantes, consideram suas queixas e possuem dados subjetivos, podendo estar vinculados a temores, ansiedade, medo da morte e outros fatores, que bloqueiam o raciocínio do paciente e seus familiares de que podem ter outros casos mais urgentes como prioridades, porém não menos importantes. Também, se destacam algumas dificuldades encontradas pela

equipe de enfermagem que atua nas unidades de Pronto Socorro como: a comunicação ineficaz entre os membros da equipe, a falta de ética; desrespeito com a morte e o paciente terminal, falta de autonomia da equipe, sobrecarga de trabalho burocrático e número insuficiente de trabalhadores comparados com a demanda (SALLUM, 2010).

São diversos os fatores que causam estresse na equipe de enfermagem, prejudicando ainda mais o atendimento aos clientes, pois a atenção á suas patologias fica diminuída. Um estudo realizado em Cascavel demonstrou que os fatores desencadeantes do estresse são equipes não integradas e capacitadas, deficiência de equipamentos e materiais, falta de funcionários, não reconhecimento do trabalho desenvolvido, grande rotatividade, pressão constante por parte de médicos, administração e questões burocráticas (BOZZA; FONTANELA, 2008).

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho; aumentar a satisfação dos usuários (BRASIL, 2009).

Os protocolos de classificação de risco têm como principal objetivo determinar as prioridades para atendimento médico, conforme a gravidade de cada caso, atenuar ocorrência de superlotação, informando os pacientes e familiares sobre expectativa de atendimento e tempo de espera, ressaltando que não deve constituir-se em instrumento de diagnóstico (MAFRA, 2005).

A realização da classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo, com a construção de fluxos claros por grau de risco e a tradução destes na rede de atenção. O Acolhimento com Avaliação de Risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede (BRASIL, 2009).

Os objetivos do acolhimento com classificação de risco são “avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro, humanizando o atendimento; descongestionar o pronto-socorro; reduzir o tempo de espera para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.” O processo de acolhimento com classificação de risco deverá “ser realizado por profissional de saúde, de nível superior,

mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002, p 969).

Em qualquer área de trabalho, mas indispensável nas unidades de Pronto Socorro, a competência da equipe de enfermagem deve estar aliada no saber, no fazer e nos valores. A soma destes é que gera a aptidão e confiabilidade (SALLUM, 2010). As enfermeiras com experiência, em geral, conseguem realizar uma avaliação completa da saúde do cliente, demonstrando elevado grau de competência e tendo um verdadeiro poder de atuação no diagnóstico e no tratamento de respostas complexas por parte dos clientes, frente a problemas reais ou mesmo potenciais. Essas profissionais integram educação, investigação, liderança e consultoria no desempenho das suas atividades. Seu papel é dotado de essencialidade, podendo ela apenas ser substituída por profissionais que estejam no mesmo patamar. Essa peculiaridade é compreensível e leva a supor que, em função da complexidade e especificidade do trabalho, as enfermeiras são levadas a uma atuação direta, não podendo delegar funções (VALADARES; VIANA, 2003).

A classificação de risco vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência (BRASIL, 2009).

O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento. O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta de inclusão, ou seja, não tem como objetivo re-encaminhar ninguém sem atendimento, mas sim organizar e garantir o atendimento de todos (BRASIL, 2009).

A estratégia de acolhimento com classificação de risco é um programa recente no país e vem sendo descrita como sendo um método eficiente de organização do atendimento. É fundamental que essa organização de atendimento aos usuários nas unidades de urgência continue a ser realizada com base na avaliação e classificação de risco, pois os princípios de atendimento pautados na ordem de chegada contradizem totalmente a política de humanização

da assistência proposta pelo governo brasileiro (TOLEDO, 2009). Além disso, o acolhimento pode também ser realizado nas unidades básicas de saúde, sendo que em uma pesquisa realizada no município de Santo Ângelo/ RS, demonstrou que este não existe ou é realizado de maneira insatisfatória, porém eles mesmos atribuem isto ao próprio desempenho ou de seus colegas, persistindo um trabalho centrado em atividades assistencialistas, visando apenas patologias (SANTOS; SOARES, 2010).

Alguns ambientes de cuidados de saúde exigem graus mais complexos de conhecimento, como o pronto socorro, onde o enfermeiro deverá ser capaz de resolver intercorrências de maneira tranquila, ágil, precisa, eficaz e resolutiva. Deve estar preparado para enfrentar situações difíceis necessitando de conhecimento técnico e competência. O enfermeiro é o profissional preparado para participar ativamente no processo de classificação de risco, tendo para tal, o respaldo da lei do exercício profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que garante a este profissional, privativamente, a consulta de enfermagem e a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde (COFEN, 1986).

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul não tem parecer sobre o acolhimento com classificação de risco, porém alguns Conselhos de outros estados têm parecer favorável, como o COREN MG ressaltando que o acolhimento permite aos profissionais reavaliar atitudes que, de forma positiva ou negativa, influenciam no resultado do trabalho multidisciplinar dentro das instituições de saúde, sendo que esta estratégia de trabalho implica em mudanças que atendem a população, os profissionais e a instituição envolvidos neste processo (PORTO, 2007).

Torna-se importante a conscientização da população, e, principalmente, boa vontade dos gestores em saúde, que muitas patologias podem ser tratadas de maneira eficaz nas unidades básicas em saúde. Isso evitaria ou diminuiria a frequência que hospitais, inclusive públicos, fossem denunciados rotineiramente na imprensa de sua superlotação e mau atendimento (SALLUM, 2010). Os profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência devem ser conscientes que sua atuação resolutiva é fundamental, sendo que, por meio de conhecimento científico, capacidade técnica e boa vontade podem dispor aos usuários uma atuação eficaz, em um local onde a vida pode ser perdida em alguns minutos (CALIL, 2009).

2. RELATANDO A EXPERIÊNCIA

São Gabriel foi fundado em 04/04/1846, é um município que historicamente é ligado as armas, Terra dos Marechais, como é chamada, já que aqui nasceram os Marechais João Propício Menna Barreto, Fábio Patrício de Azambuja, o Presidente da República Hermes da Fonseca e Mascarenhas de Moraes, o comandante da Força Expedicionária Brasileira na Segunda Guerra Mundial, durante as batalhas na Itália. Outros militares gabrielenses fizeram parte da história nacional, como o Coronel José Plácido de Castro, o desbravador que conquistou o Acre. Situado na metade sul do estado do Rio Grande do Sul, 320 km à oeste da capital Porto Alegre. A população estimada é de 65 mil habitantes. O município tem área demográfica de aproximadamente 5019 Km² (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL, 2011).

O município conta com sete unidades básicas de saúde, localizadas e distribuídas na cidade e interior, ressaltando que não possui o programa Estratégia Saúde da Família e uma única unidade hospitalar com 200 leitos disponíveis para a população, contando com unidades complexas como UTI adulto, referência regional em traumatologia, otorrinolaringologia, urologia, psiquiatria e neurologia.

As unidades de saúde funcionam em horário comercial e somente em dias úteis, as consultas são pré-agendadas, ficando em torno de 10% para atendimentos mais urgentes, os demais são encaminhados ao Pronto Socorro da unidade hospitalar. Por estes motivos e pela rápida resolução de seus problemas de saúde os pacientes procuram o pronto socorro. Essa “válvula de escape” sofre pressão dos usuários que, sendo urgência ou não, querem atendimento, o mais rápido possível, pois para a maioria dos usuários o seu problema é mais urgente do que os demais. Deve-se levar em consideração que o pronto socorro deste hospital é a única porta de entrada para os pacientes que necessitam de internação, tornando-se também um cartão de visita a estes pacientes.

A estrutura física do pronto socorro constitui-se de sete leitos na sala de observação, duas salas de curativos, uma sala de sutura, três consultórios médicos (dois para atendimentos aos pacientes que procuram o Pronto socorro e um para as consultas traumatológicas), duas salas de emergência, sendo que uma, pelo turno da manhã é utilizada para o atendimento das consultas traumatológicas, dois vestiários, recepção, banheiros, posto de enfermagem.

O Pronto Socorro, objeto deste estudo tem um grande fluxo de pessoas que transitam em suas dependências durante o dia, pois além dos 2800 curativos que são realizados, em média, por mês, acrescido de aproximadamente 3500 consultas mensais, em torno de 4000 mil administração de medicações, também funcionam os atendimentos traumatológicos ambulatoriais, sendo que gira em torno de 350 mensais, estes atendimentos funcionam no Pronto Socorro por falta de estrutura física nas demais dependências do hospital.

Por várias vezes, a enfermagem solicitou para a administração a readequação do espaço físico do pronto atendimento, principalmente pela retirada dos atendimentos de traumatologia da unidade, porém estes geram uma grande receita financeira para a instituição, pois atendem pacientes da região, e nenhuma atitude foi tomada ainda em virtude disso.

Quanto ao grande número de curativos, ocorre pela deficiência das unidades básicas de saúde, tanto em recursos humanos, quanto em materiais e estrutura física. Recentemente foi realizada reunião com o Secretário Municipal de Saúde solicitando providências para a melhoria da estrutura das unidades básicas de saúde.

Considerando os pacientes que procuram esta unidade de pronto socorro, constituída, em torno de 70%, por usuários que não receberam atendimento nas unidades básicas de saúde e que procuram o hospital em busca de atendimento rápido e resolutivo, o sistema de triagem torna-se agressivo e excludente. Não resolve e satisfaz as necessidades do usuário, podendo agravar, cronicamente, seu problema, visto que excluiria a maior parcela da demanda por atendimento e faria com que o usuário se sentisse desfavorecido e insatisfeito com o atendimento.

Como tentativa de minimizar o efeito dessa pressão, iniciativas foram tomadas, buscando minimizar esse cenário conturbado e desorganizado, bem como vislumbrando a Portaria do Ministério da Saúde 2.048, que entrou em vigor em 2002, os gestores da unidade hospitalar, bem como a coordenação de enfermagem do Pronto socorro e o grupo de plantonistas médicos da unidade sugeriram implantar este modelo de atendimento por meio da metodologia do acolhimento com classificação de risco.

Esta metodologia foi implantada em dezembro de 2009, sendo que este modelo produziu bons resultados, após adaptação e conscientização da população. Ainda, por alguns momentos, a população apresenta certa impaciência e incompreensão, em relação a esta metodologia de atendimento, porém, no geral, a satisfação da clientela melhorou significativamente.

Nessa unidade, o processo de acolhimento com classificação de risco se destina a todos os usuários que procuravam atendimento de urgência/emergência na instituição

hospitalar. O acolhimento é realizado pela equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem). Não é realizada a classificação dividindo os pacientes por área vermelha, amarela, verde e azul e sim os pacientes com quadro clínico que necessitam de atendimentos prioritários são passados ao plantonista médico imediatamente e pacientes que podem aguardar são agendados horários de atendimento.

A Portaria que sugere a classificação de risco preconiza que ela seja realizada pelo enfermeiro, porém, na unidade de estudo deste artigo não tem enfermeiro em tempo integral, e sim das 7:00 horas às 23:00 horas, após a classificação de risco é realizada por técnicos de enfermagem. Além disso, caso haja procedimentos pertinentes ao enfermeiro, nas demais dependências do pronto socorro, este se desloca do local onde é realizado o acolhimento e esta função passa a ser de um técnico de enfermagem. Situações essas que não atendem o disposto na legislação.

Uma vez que não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, a classificação de risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação – que, em muitos casos, é feita informalmente pela enfermagem – e devem ter sempre respaldo médico (BRASIL, 2009).

Portaria 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado 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 atendimento” (BRASIL, 2002).

O acolhimento com classificação de risco foi adaptado conforme a necessidade da instituição, da população, dos usuários e a realidade das unidades básicas de saúde, já que, se houver encaminhamento de um paciente para ser atendido na unidade de saúde, seu atendimento provavelmente só será agendar para alguns dias depois, não resolvendo assim o problema do usuário, bem como criando ou agravando o problema das unidades básicas de saúde, pelo aumento de fluxo.

Quando o usuário chegava a unidade de Pronto Socorro procura é recebido pela recepção, onde é acolhido, identificado por meio do preenchimento da ficha de atendimento ambulatorial e orientado a aguardar para ser classificado segundo o risco. Os recepcionistas e

porteiros são orientados e treinados a observar se necessitam de alguma atenção imediata, como acomodação em cadeira de rodas/maca ou se tem algum tipo de limitação funcional que os impossibilita de esperar pelo momento da classificação dentro da unidade de Pronto socorro. O tempo de espera do usuário, desde abordagem inicial pela equipe do acolhimento até a classificação de risco é de, em média, 10-15 minutos, tendo esse tempo oscilações de acordo com o número de pacientes que aguardam na unidade, bem como o número de atendimentos internos.

No acolhimento com classificação de risco, procede-se a entrevista com o paciente, para o mesmo relatar os sinais e sintomas de sua queixa, a avaliação dos cinco sinais vitais (pressão arterial, temperatura corporal, movimentos respiratórios por minuto, pulso e dor, eventualmente realiza-se hemoglicoteste e mensuração da saturação de oxigênio), após esta anamnese e breve exame físico, realiza-se uma avaliação da necessidade do paciente, se o mesmo pode aguardar consulta rotineira ou se deve ser dado prioridade ao atendimento.

Ao realizar a classificação de risco é registrado atrás da Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) as queixas do paciente, pois torna-se comum os usuários referirem alguma queixa e estes não ficarem satisfeitos com o horário agendado do atendimento médico e, assim, procuram os meios de comunicação locais para reclamar do agendamento da consulta. Estes registros respaldam legalmente os profissionais que realizam a classificação de risco.

Os registros no prontuário do paciente são utilizados para definir estratégias, decisões clínicas e gerenciais, sendo considerado critério na avaliação da qualidade de prestação de serviço, sendo que “a qualidade de registros efetuados é reflexo na qualidade da assistência prestada”, sendo ponto fundamental para informar o processo de trabalho (DOMICIANO; FONSECA; MOURA, 2010).

Conta-se com o apoio de uma assistente social, dos médicos plantonistas, que quando solicitados comparecem ao local onde é realizada a classificação de risco, bem como porteiros, recepcionistas, auxiliares e técnicos de enfermagem.

A equipe multiprofissional é importante para o compartilharmos da ideia de que os serviços de saúde devem estar voltados para o atendimento das necessidades da população, devem ser de qualidade, respeitar o homem em sua individualidade e integralidade, ter recursos humanos adequados, formados por profissionais capacitados e valorizados e com total compreensão de suas responsabilidades sabendo, potencializar as suas especificidades através do trabalho em equipe (VALADARES; VIANA, 2003).

Uma das particularidades do serviço na unidade de pronto socorro mencionada neste estudo é que não são utilizadas as cores para a classificação, os pacientes que necessitam de atendimento com tempo de espera breve são encaminhados ao plantonista, os demais são agendados horários de atendimento, sendo no máximo cinco consultas (não urgentes por hora). Os pacientes que necessitam de atendimento emergencial são imediatamente conduzidos a sala de emergência, um sinal sonoro acionado, sinalizando a necessidade de atendimento médico e da equipe de enfermagem, em sua maioria não passando pela classificação de risco. Também, neste serviço há duas portas de entrada distintas, uma para acesso dos usuários que utilizam o serviço de classificação de risco e outra para entrada de pacientes conduzidos ao pronto socorro de ambulância e casos necessitando de ingresso imediato nas dependências da unidade. Como a classificação de risco não é contínua, é colocado horário da consulta médica na FAA, torna-se necessário sua modificação, pois em função de alterações do estado clínico do paciente realiza-se reavaliações sistemáticas, o que aumenta a demanda de atendimento.

3. REFLEXÕES

O modelo de classificação de risco de pacientes adotada na unidade de estudo foi adaptado de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde de no 2.048. O papel central que os profissionais de enfermagem exercem neste contexto é o de facilitador, responsabilizando-se pela articulação e execução do processo, desde a chegada do usuário a unidade até o atendimento dele pelo médico.

Alguns contratempos ainda ocorrem, como fatos rotineiros de crianças com febre há vários dias, são acolhidas e classificadas, porém, as mães, insatisfeitas com o horário agendado, vão até o conselho tutelar, as conselheiras, por sua vez, dirigem-se ao Pronto socorro exigindo atendimento imediato. Neste caso é explicado, à conselheira o protocolo e seu funcionamento, porém, ainda ocorre de muitas irem até a delegacia realizar um Boletim de Ocorrência, queixando-se de que o hospital está negando atendimento á criança. O mesmo ocorre com usuários jovens e adultos.

Porém, o acolhimento com classificação de risco, em geral, operacionalizou mudanças no cenário, em que prevalecia a espera por atendimento, sem horário previsto, associada a percepção negativa e desconfiança por parte dos usuários. Acolhendo toda a demanda, escutando e oferecendo uma resposta positiva, há melhora na percepção do usuário, quanto à atenção e a assistência e ele dispensada, contribuindo para mudança do foco do atendimento. Além disso, essa mudança tornou a assistência oportuna e pontual, exceto em situações com várias emergências, contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico dos pacientes atendidos.

Estas adaptações tornaram possíveis, também, a reorganização do processo de trabalho. A assistência, tradicionalmente centrada na figura do médico, foi transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, em que a contribuição de cada membro da equipe passou a ser fundamental para o sucesso do processo.

Os resultados na prática do processo de acolhimento com classificação de risco são inúmeros, destacando-se a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade de cada caso, não mais deixando pessoas que necessitam de atendimento rápido aguardando nas filas; a diminuição do tempo de espera pelo atendimento do paciente em situação de real urgência/emergência; a diminuição de ocorrências indesejadas nas filas de espera; a melhoria no prognóstico dos pacientes associada a intervenção mais rápida e oportunas. Esse modelo

permite, também, informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera, diminuindo-lhe a ansiedade e aumentando-lhe o nível de satisfação.

REFERÊNCIAS

BOZZA, M. S. S; FONTANELA, G. A. Os fatores desencadeantes do estresse no enfermeiro que atua no setor de emergência. **Revista Nursing**, 2008. 11(127): 553-559.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2048/GM**, de 2 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALIL, A. M. O Manejo das afecções respiratórias em pronto socorro: subsídios para a prática clínica de enfermagem. **Revista Nursing**, 2009. 11(128): 35-40.

CAMPOS, W. S. **Acolhimento com resolutividade e humanização**. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Ano I. Edição II, Porto Alegre, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei nº 7.498/86**, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em www.portalcofen.gov.br/. Acesso em 20/04/2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1451**, de 10 de Março de 1995. Estabelece estrutura para prestar atendimento nas situações de urgência-emergência, nos Pronto socorros Públicos e Privados. [S.l.], 1995. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 15 abril. 2011.

DOMICIANO, V.; FONSECA, A. S.; MOURA, A. C. Prontuário de paciente: um desafio para os profissionais de enfermagem no departamento de emergência. **Revista Nursing**,

2010; 13(147): 417-423.

GATTI, Mario. **Projeto acolhimento no Pronto Socorro – Experiência**, 2011. Disponível em <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=73>. Acesso em 14/05/2011.

GONÇALVES, A.B.M.; BRAZ, M. R.; OLIVEIRA, C.F.; SILVA, F.J. Sala de emergência: fatores que dificultam a assistência de enfermagem. **Revista de Emergência Clínica**, 2007; 2(9): 23- 34.

GRUPO BRASILEIRO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, 2011. (GBACR) Disponível em <http://www.gbacr.com.br>. Acesso em 01/05/2011.

MAFRA, A. A. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco** . Belo Horizonte: Hospital Odilon Behrens. 2006. 24p.

PASCHE, D. **Acolhimento com resolutividade e humanização**. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Ano I. Edição II, Porto Alegre, 2010.

PORTO, C. A. **Parecer do COREN-SP sobre o Programa de Acolhimento e Classificação de Risco do MS**. Departamento de Fiscalização\COREN-SP 04.09.2007. Disponível em http://www.gbacr.com.br/images/stories/Documentos/parecer_do_coren_sp.pdf. Acesso em 01/05/2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL, 2010. Disponível no site www.saogabriel.rs.gov.br/. Acesso em 28/04/2011

SALLUM, A. M. C. Competência do enfermeiro na emergência. **Revista Nursing**, 2010; 13(147):392-394.

SANTOS, E.V.; SOARES, N. V. Acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem. **Revista Nursing**, 2010; 12(144): 236-241.

SOUZA, R. S.; BASTOS, M. A. R. Acolhimento com classificação de risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2008; 12(4): 581-586.

TEIXEIRA, R. R. **Acolhimento em um serviço de saúde entendido como uma rede de conversação**. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS- UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; 89-111.

TOLEDO, A. D. Acuária de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital municipal em Belo Horizonte Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009.

VALADARES, G. V.; VIANA, L. O. O trabalho da enfermeira na triagem clínica em hemoterapia: por uma especialização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2003; 7(3): 334-341.

ANEXOS

Anexo 1 – Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Pronto socorro da Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel.

Protocolo de atendimento e classificação de risco
Irmandade da Santa Casa de Caridade de São Gabriel



<p align="center">Emergência</p> <p align="center">Pacientes com risco de vida, que precisam de atendimento imediato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • politraumatizados; • parada cardíaca; • insuficiência respiratória; • coma; • convulsões; • queimaduras grandes; • dor no peito + falta de ar + cianose + sudorese; • perfuração no peito, abdome ou cabeça; • intoxicação ou tentativa de suicídio; • hipoglicemia; 	<p align="center">Urgência</p> <p align="center">Atendimento com brevidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • dor torácica ou abdominal intensa; • cefaléia intensa de início súbito; • dor torácica intensa; alterações de sinais vitais com sintomas; febre alta; • luxação + entorse com dor intensa; 	<p align="center">Consultas</p> <p align="center">Cinco (5) por hora. Atendimento por agendamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • corpo estranho corneano; • traumatismos menores; • cefaléias banais; • vômito e diarreia; • enxaqueca; • lombalgia; • sinusites; • escoriações; • bronquite; • gastrite; alcoolismo; • ansiedade; • febre. 	<p align="center">Casos Especiais</p> <p align="center">Serão reavaliados pela Enfermagem.</p> <p align="center">Obs: O PA 24 hs não fornece atestado.</p>
<p align="center">Tempo de Espera: Atendimento imediato</p>	<p align="center">Tempo de Espera: 30 minutos</p>	<p align="center">Tempo de Espera: Conforme disponibilidade de horário</p>	

Adm. Santa Casa

Dir. Técnico Dr Ricardo Coiroló