



CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

**MILENA MACIEL DA SILVA
NATALI DA SILVA BARROS**

**O PROCESSO DE ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DA POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAs**

**FORTALEZA
2018**

**MILENA MACIEL DA SILVA
NATALI DA SILVA BARROS**

**O PROCESSO DE ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DA POLÍTICA NACIONAL
DE HUMANIZAÇÃO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAs**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ateneu como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a M^a Camila da Costa Brasil.

**FORTALEZA
2018**

S586p

Silva, Milena Maciel da.

O processo de acolhimento como estratégia da Política Nacional de humanização em unidades de pronto atendimento - UPAS. / Milena Maciel da Silva; Natali da Silva Barros. -- Fortaleza: FATE, 2018.

25.

Orientador: Prof^a. Ma. Camila da Costa Brasil.
TCC (Bacharelado em Serviço Social) – FATE, 2018.

1. Humanização. 2. Acolhimento. 3. Unidades de pronto atendimento. I. Barros, Natali da Silva. II. Título.

CDD 616.025

O PROCESSO DE ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPAs

Milena Maciel da Silva¹
Natali da Silva Barros²

RESUMO

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, é uma importante ferramenta que busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de produzir mudanças na saúde pública brasileira. A PNH apresenta como principal objetivo estimular a integração entre gestores, usuários e trabalhadores em uma relação de afeto que seja capaz de produzir práticas humanizadas. Para tanto, a política em questão atua amparando-se em relações transversais, apresenta também algumas estratégias de intervenção, dentre as quais podemos mencionar o acolhimento, que reconhece cada usuário com sua legitimidade cidadã e valoriza seus direitos. A partir do exposto, o objetivo geral da pesquisa é analisar o processo de acolhimento como estratégia da Política Nacional de Humanização em UPAs 24 horas. Já os objetivos específicos são: compreender a PNH; entender o conceito de acolhimento utilizado como estratégia da PNH; analisar a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. A pesquisa apresentada é de natureza bibliográfica, oriunda da análise de livros e artigos periódicos; ressaltamos como principal fonte de pesquisa a Biblioteca Virtual em Saúde. No que tange ao tratamento dos resultados, diante do estudo bibliográfico realizado até aqui, reconhecemos a importância do acolhimento como diretriz principal da PNH. No entanto, a PNH não pode ser vislumbrada como a peça salvadora do serviço em saúde, pois não existe política capaz de resolver as lacunas do SUS de forma isolada, é preciso que haja uma articulação entre os princípios, as diretrizes, as políticas, os usuários, os trabalhadores e a gestão.

Palavras-chave: Humanização. Acolhimento. Unidades de Pronto Atendimento.

ABSTRACT

The National Humanization Policy (PNH) or HumanizaSUS, created in 2003, is an important tool that seeks to put into practice the principles of the Unified Health System (SUS), with the aim of producing changes in Brazilian public health. The main objective is to stimulate the integration between managers, users and workers in a relationship of affection that is capable of producing humanized practices. In order to do so, the HNP acts based on transversal relations, it also presents some strategies of intervention, among which we can mention the reception, which recognizes each user with their citizenship legitimacy and values their rights. The general objective of the research is to analyze the reception process as strategy of the National Policy of Humanization in the UPAs 24 hours. And the specific objectives were: To understand the National Humanization Policy (PNH); Understand the concept of host used as a

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ateneu.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ateneu.

strategy for HNP; Analyze the National Policy of Attention to Emergencies and Emergencies. The research presented in this article is of a bibliographic nature, originating from the analysis of books and periodical articles, we highlight as the main source of research the Virtual Health Library. Regarding the treatment of results, in view of the bibliographic study carried out so far, we recognize the importance of hosting as the main guideline of the HNP. However, it can't be seen as the saving part of the health service, there is no policy capable of solving the shortcomings of the SUS in isolation, there must be an articulation between the principles, guidelines, policies, users, workers and management.

Keywords: *Humanization. Reception. Emergency Care Units.*

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, podemos perceber diversos avanços na área da saúde com o auxílio da tecnologia, como tratamentos avançados para a cura de doenças, remédios eficazes entre outros. No entanto, isso não é suficiente, pois o atendimento à saúde vai muito além de uma ação técnico-operativa ou tecnicista, uma vez que o usuário precisa sentir-se acolhido por meio de atendimento humanizado. Melhorias na qualidade da assistência prestada são cada vez mais necessárias, principalmente em serviços de urgência e emergência, em virtude de deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo, da alta demanda de atendimento, da fragmentação do cuidado e da ausência de filosofia de trabalho voltada para a humanização da assistência à saúde.

Os primeiros serviços de urgência e emergência em saúde no Brasil começaram no início do século XX (LOPES, 2009). No entanto, o estabelecimento de normas e organização dos serviços públicos de urgência só ganhou ênfase, praticamente, um século depois, em 2002, com a portaria GM 2048/2002³, que consiste no regulamento técnico dos Sistemas de Urgência e Emergência e normatiza as ações em âmbitos pré e intra-hospitalar; mais recentemente, foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências pela Portaria GM 1600/2011⁴ (BRASIL, 2006).

³ Portaria GM 2048/2002, criada em 5 de novembro de 2002, tem como objetivo organizar os serviços em saúde na área de urgência e emergência, aperfeiçoar as normas já existentes e organizar as normas operacionais.

⁴ Portaria GM 1600/2011, criada em 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Na perspectiva de estruturar uma rede de serviços de cuidados integrais às urgências, a Portaria 1600/2011 estabelece como componentes dessa rede: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas centrais de Regulação Médicas das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar. O componente hospitalar contempla as portas hospitalares de urgência, as enfermarias de retaguarda, os leitos de cuidados intensivos, os serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritários (BRASIL, 2011).

As políticas mencionadas preconizam a organização dos serviços pela perspectiva da garantia da universalidade, equidade e a integralidade no atendimento (BRASIL, 2006) o que torna um trabalho desafiador, pois as atuais condições e uso desses serviços no âmbito do SUS é caracterizado pela “superlotação, pela escassez de recursos humanos e materiais, pela inadequação entre a oferta e a demanda de cuidados médicos de urgência” (GIGLIO; JACQUEMOT, 2005, p. 13). Nesse mesmo contexto, destacamos a importância do acolhimento, uma ferramenta extremamente importante no SUS, utilizado também como estratégia da PNH.

Conforme Herckert, Passos e Barros (2009), a humanização apresenta-se como um conceito polissêmico, permeado por imprecisões, comportando diversos enunciados relativos às distintas práticas de gestão e modelos de atenção.

A Política Nacional de Humanização ou Humaniza SUS, criada em 2003, é uma ferramenta que busca pôr em prática os princípios do SUS, produzindo mudanças e melhorias na saúde pública. A PNH apresenta como principal objetivo estimular a integração entre gestores, usuários e trabalhadores em uma relação de afeto, que seja capaz de produzir práticas humanizadas. Para tanto, a PNH atua amparando-se em relações transversais, apresenta também algumas estratégias de intervenção, dentre as quais podemos mencionar o acolhimento, que reconhece cada usuário com sua legitimidade cidadã e valoriza seus direitos (BRASIL, 2011).

O acolhimento é o nível de envolvimento do profissional com o usuário, isto é, o simples ato de ser escutado, o olhar atencioso e o atendimento respeitoso, ações que vão além do atendimento de classificação de risco.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira (GIGLIO, 2005, p. 20).

Segundo Takemo e Silva (2007), o acolhimento é, na verdade, uma estratégia para reorganização do trabalho e postura diante das necessidades dos usuários. Traz a intenção de um atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços e, principalmente, da humanização das relações estabelecidas no cotidiano da instituição.

Entendemos que o acesso à saúde pública é um direito previsto na Constituição Federal de 1988, entretanto, não é somente o direito à saúde, posto que os pacientes também necessitam do direito a um atendimento de qualidade. O simples ato de ser escutado e acolhido em suas demandas, torna-se um diferencial naquele momento.

Assim, este trabalho tem como objetivo geral analisar o processo de acolhimento como estratégia da Política Nacional de Humanização em Unidades de Pronto Atendimento. Como objetivos específicos: compreender a PNH; entender o conceito de acolhimento utilizado como estratégia da PNH; analisar a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

A razão da escolha dessa temática surgiu em virtude do estágio supervisionado I e II, pois as autoras do trabalho em questão tiveram o privilégio de estagiar na mesma unidade: uma instituição hospitalar de urgência e emergência no município de Fortaleza. A partir de então, as autoras se despertaram para as várias discussões acerca da temática, fomentando debates em sala de aula sobre a importância do acolhimento utilizado como estratégia da PNH em unidades hospitalares de urgência e emergência.

No tópico a seguir, tratamos sobre o percurso metodológico realizado na condução deste estudo. Em seguida, buscaremos entender a PNH e como surgiu essa diretriz dentro do SUS. No terceiro momento, analisaremos o conceito de acolhimento, uma das diretrizes da PNH. Na quarta parte da pesquisa, avaliaremos, de forma detalhada, a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Por fim, tecemos algumas considerações sobre a pesquisa.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa acadêmica é de natureza bibliográfica, “desenvolvida com base em materiais já elaborados, constituída principalmente de livros e artigos científicos periódicos e com materiais disponibilizados na internet” (GIL, 2008, p. 6), dentre as quais podemos destacar a Biblioteca Virtual em Saúde como uma das fontes da pesquisa.

Ademais, utilizou como análise de dados a abordagem qualitativa, que, segundo Gerhardt e Silveira (2009, p. 32), “é utilizada para tentar explicar o porquê das coisas, preocupando-se com os aspectos da realidade, sem quantificá-los”. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas, o ambiente natural é a fonte direta para a coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. Escolhemos a pesquisa qualitativa nesse trabalho por nos dar maior possibilidade de aproximação com a totalidade sobre o tema e melhor análise e interpretação dos dados.

A análise dos dados será por meio do método descritivo, o qual, segundo GIL (2008), realiza um estudo detalhado, com levantamento de dados por meio de técnicas de coleta. “A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos” (BARROS, 2007). A escolha desse método nesta pesquisa se deu pelo fato de podermos analisar os dados, os conceitos metodológicos sobre o tema e comparar como a realidade apresentada, seja por meio de confirmação ou negação dos fatos.

Podemos relacionar essa pesquisa com a ideia do filósofo Marx (2011), quando percebe que, no percurso sugerido como possibilidade de conhecimento do real, apresenta-se o que ele denominou de “caminho de ida e volta”, dois processos que fazem parte da completude da pesquisa.

3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Lançada em 2003, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização tem o intuito de efetivar e colocar em prática os princípios do SUS, produzindo mudanças profissionais tanto no modo de agir quanto, sobretudo, no modo de pensar. É uma política articulada com a Secretaria de Atenção à Saúde juntamente

com entidades estaduais e municipais que têm como finalidade traçar novos planos de ação no modo de fazer a saúde pública (BRASIL, 2011).

Conhecida também como Humaniza SUS, a PNH busca trazer uma reflexão, principalmente aos profissionais da saúde, de que o processo de humanização é algo muito além do que medicar e/ou examinar, é uma ação que ultrapassa o tecnicismo profissional, é um atendimento humanista, que escuta o problema com qualidade, olha com atenção e, especialmente, transmite o respeito necessário.

No entanto, identificamos que muitos são os desafios enfrentados pela PNH para ultrapassar o atendimento tecnicista, como “a ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico⁵ hegemônico, a ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde” (MITRE, 2012, p. 1).

Dessa forma, de acordo com a PNH, o processo de inclusão social é uma peça importantíssima, pois teremos o envolvimento dos três principais atores dessa história: o usuário, o profissional e a gestão em saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2003).

Entretanto, Mitre (2012) relata que existe uma contradição entre os sujeitos envolvidos, pois, de um lado, estão os usuários que buscam a atenção com acolhimento e de modo resolutivo; de outro, os profissionais de saúde, que reivindicam melhores condições de trabalho com acesso à capacitação profissional e às relações democráticas com os gestores.

Assim, devemos elucidar os princípios que fazem parte da PNH, que são: transversalidade, que preconiza o conceito de que os diversos saberes podem se unir em prol do usuário e, juntos, poderão produzir a saúde de forma mais corresponsável; indissociabilidade entre atenção e gestão, no que se alerta que a tomada de decisão, por parte da gestão, influencia diretamente no fluxograma da saúde, seja de forma negativa ou positiva, por isso, a importância do usuário buscar um pouco de conhecimento sobre as decisões que são tomadas e conhecer como funciona a gestão dos serviços públicos; o último princípio é o protagonismo, que trata da corresponsabilidade e da autonomia dos sujeitos e dos coletivos, é a responsabilidade

⁵ O modelo biomédico tem prevalecido desde meados do século XIX como o modelo predominante usado por médicos no diagnóstico de doenças. De acordo com o modelo biomédico, a saúde constitui a liberdade de doença, dor ou defeito, o que torna a condição humana normal “saudável”.

compartilhada pelos envolvidos no sistema, assim, os usuários não são somente pacientes e os trabalhadores não somente cumprem ordens, mas o Humaniza SUS acontece quando cada um reconhece seu papel, incentiva e valoriza sua atuação no processo de produzir saúde (BRASIL, 2000).

A PNH também apresenta algumas diretrizes fundamentais nesse processo de humanização, dentre as quais podemos destacar: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

Tais diretrizes mostram que o processo de humanização não é construído sozinho, precisa do apoio de uma equipe preparada, da colaboração dos usuários bem como de profissionais qualificados, que tenham competência teórica, prática e, principalmente, humanista e capacidade de enxergar além do superficial, um olhar com base na dignidade da pessoa humana, com respeito, atenção e afeto profissional.

O processo de humanização na saúde pública está diretamente ligado ao trabalho coletivo entre os profissionais, ou seja, um atendimento interprofissional. No entanto, essa ligação torna-se preocupante dentro das unidades de urgência e emergência que funcionam em regime de plantão, por exemplo, se entrarmos em uma sala de observação, encontraremos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, assistentes sociais e outros, todos realizando seus trabalhos, alguns nem sabem o nome do colega; outros sequer olham no olho. A cada novo plantão, a unidade parece outra, a cada novo começo, seus trabalhadores são outros, o que torna o vínculo fragmentado (MATOS, 2013).

A relação de impessoalidade que a cena acima sugere encaminha um dos trabalhadores a uma relação de exterioridade. O mérito imaginariamente por alguns alcançado é pensar: “fui lá, fiz a minha parte e volto no próximo plantão”. É difícil para este profissional identificar uma relação de pertencimento ao trabalho coletivo. No entanto, sabemos que o trabalho em saúde não pode ser engendrado isoladamente. Assim, a pergunta que podemos fazer é: como podemos, frente às condições objetivas que são permeadas por diversas expressões da histórica cultura do não público neste país e do êxito do projeto neoliberal, construir um trabalho que efetive direitos? (MATOS, 2013, p. 53).

Dessa forma, as práticas cotidianas do acolhimento em serviços de saúde apontam contradições que merecem extrema atenção por parte dos gestores, a existência de conflitos e de desarticulação das equipes, a ausência de reuniões ou espaços para a discussão e as reflexões das equipes; e a fragmentação do processo

de trabalho pela ausência da participação dos profissionais na formulação das propostas dos serviços (MITRE, 2012).

Nas Unidades de Urgência e Emergência, a aplicabilidade da PNH se torna uma ferramenta imprescindível no processo de saúde, visto que é uma ação que compete a todos os profissionais envolvidos e não deve ser compreendida somente como uma norma operacional, mas como uma ação necessária para cumprir com o objetivo de proporcionar o cuidado digno em saúde.

4 ACOLHIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

No Brasil, ao analisarmos a Constituição Federal de 1988, artigo 196, constatamos que a saúde é um direito de todos e dever do estado. O texto constitucional demonstra que a concepção do SUS “está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social” (AGUIAR, 2011, p. 137).

A saúde analisada através da proteção e da recuperação apresenta um compromisso com a qualidade de vida e com o direito do cidadão. Nesse processo, Oliveira *et al* (2008, p. 1) ressaltam que “dentre as possibilidades que se coloca para enfrentá-lo, destaca-se o acolhimento que, compreendido como um processo, uma prática de trabalho que busca garantir um atendimento que vai além da classificação de risco”. Compreendemos, assim, o acolhimento como uma ação que pressupõe, em última instância, a mudança da relação profissional e usuário através de parâmetros técnicos, éticos, de solidariedade e de humanização.

Dessa forma, o acolhimento apresentado como estratégia da PNH propõe que o serviço de saúde se reorganize, tendo como peça central o usuário.

Franco *et al.* (1999, p. 345) argumentam que esta (re)organização deve observar os princípios:

1. atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
2. reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
3. qualificar

a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Diante do estudo bibliográfico que já realizamos, percebemos que o acolhimento nas unidades de urgência e emergência tem um conceito limitado apenas ao processo de classificação de risco, pois acolher não é só classificar ou priorizar por nível de gravidade, o ato de acolher apresenta em si um conceito bem mais amplo, que deve ser conhecido por todos os profissionais envolvidos no processo de produção de saúde.

Silva Júnior e Mascarenhas (2004) alegam que acolher significa tratar humanizadamente toda a demanda; dar resposta aos demandantes, individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e as emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e a interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção, pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados.

Os autores mencionados analisam o acolhimento com base em três dimensões: como postura profissional, por meio do ato de receber, tratar e escutar o usuário e suas demandas de forma humanizada; como técnica, pela geração de procedimentos e ações organizadas pela equipe multiprofissional, possibilitando o enriquecimento da intervenção por meio de vários profissionais; e como reformulador do processo de trabalho, o acolhimento identifica as demandas dos usuários e, com isso, rearticula-se o serviço.

Para Oliveira *et al.* (2008, p. 8), “acolher é complexo e demanda energia. Com o acolhimento, a equipe se compromete com a demanda trazida pelo usuário”. Portanto, quando o serviço se abre para a escuta, ele deixa de trabalhar apenas com a esfera clínica, com o corpo que dói e sofre, permitindo que a “vida lá de fora” entre na dinâmica do trabalho da unidade, transformando esse ato em um momento de construção de saberes, entre profissional e usuário.

Dessa forma, em muitos casos, os profissionais de saúde não têm respostas para alguns problemas e necessidades dos usuários, pois são problemas e dificuldades que têm sua raiz na própria estrutura da sociedade brasileira, que, mediante o atual sistema capitalista vigente, tem gerado o crescimento de enormes desigualdades sociais, por sua vez, determinam o processo saúde/doença da população.

Assim, concordamos com Oliveira *et al.* (2008) quando afirma que o acolhimento tem propiciado a criação de um espaço de diálogo entre profissional e usuário, comprometendo ambos com a resolução dos problemas. Verifica-se que, mesmo que a demanda apresentada não possa ser solucionada no momento da escuta, o usuário deve ter como garantia uma orientação ou encaminhamento, o que amplia significativamente o acesso aos serviços.

Segundo Teixeira (2007, p. 94), a saúde pública brasileira conta com grande número de portas de entrada. Entretanto, em função do que ele chama de “patamar crítico de cobertura de serviços”, para oferecer acesso a todos, em um país de dimensões continentais como o Brasil, é necessário mais do que a ampliação do número de portas de entradas.

Esta fragilidade mencionada, que a demanda é maior do que a oferta, é admitida pelo próprio Ministério da Saúde, que identifica a existência de “grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e à forma como o usuário é acolhido no serviço de saúde pública” (BRASIL, 2010, p. 11).

Parece estranho falar de humanização para seres humanos, já que humanizar deveria fazer parte da natureza do homem. Porém, mostra-se relevante, no contexto atual, uma revisão das práticas cotidianas no modo de gerir a saúde, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienados, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário, um tratamento com transparência e cuidado.

Dessa forma, conforme Cecílio (2009), é preciso repensar aspectos importantes da organização do trabalho, da gestão, do planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde. Isso nos ajuda a refletir que ainda há muito a ser discutido sobre a operacionalização do acolhimento para que possa atingir a desejada qualificação do serviço em saúde pública.

Assim, entendemos que muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos trabalhando com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde, ou seja, muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos no trabalho em saúde, que inclui prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, enfim, produzir saúde.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, a partir da análise dos processos de trabalho, favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os

serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS [...] (BRASIL, 2004, p. 1).

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipe, serviços e usuários, uma construção de forma coletiva (BRASIL, 2003). O acolhimento é apresentado como diretriz de maior relevância na Política Nacional de Humanização, nos aspectos ético, estético e político. Ética, por se pautar no reconhecimento da subjetividade do usuário; estético quando propõe a dignidade da vida e do viver; político pelo fato de implicar o compromisso coletivo em saúde (BRASIL, 2010).

Concordamos com Motta *et al.* (2010, p. 1) quando afirmam que o acolhimento:

Não se resume a ações isoladas e pontuais, por exemplo, uma recepção confortável, de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa ou um bom encaminhamento para serviços especializados. Ele deve ser atravessado por processos de responsabilização, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde. Dessa forma, o acolher deve possibilitar a abertura para recepção das demandas dos usuários, visando o encontro entre o sujeito a ser cuidado e o trabalhador de saúde (MOTTA *et al.*, 2010, p. 1).

Entende-se que o acolhimento tem início na porta de entrada do serviço, mas estende-se por todo o processo de produção em saúde – não podemos afirmar que o término acontece com a alta do paciente, pois existem os casos de acompanhamento na Atenção Primária. Contudo, para que haja um funcionamento efetivo é necessário transpassar os princípios dos textos das políticas.

Motta *et al.* (2014, p. 1) afirmam que “a relevância de práticas humanizadas, como o acolhimento, ganha destaque no cenário nacional, seja como tema de publicações de inúmeras teses ou como pauta em seminários e conferências”.

Diante do estudo bibliográfico realizado até aqui, reconhecemos a importância do acolhimento como diretriz principal da PNH. No entanto, a mesma não pode ser vislumbrada como a peça salvadora do serviço em saúde. “Não é possível resolver todos os problemas de acesso e qualidade do SUS apenas com a implementação do acolhimento” (MOTTA *et al.*, 2014, p. 1). Não existe política capaz de resolver as

lacunas do SUS de forma isolada, é preciso que haja uma articulação entre os princípios, as diretrizes, as políticas, os usuários, os trabalhadores e a gestão.

No entanto, os avanços no Humaniza SUS têm enfrentado críticas e desafios desde a sua criação, pois, conforme Lima (2014), pode-se perceber, nas opiniões e nos sentimentos por parte dos usuários e de profissionais, que os resultados obtidos nem sempre são os almejados. Isso deixa cada vez mais evidente que o tema é extremamente complexo, envolvendo múltiplas dimensões na gestão quando se fala em cuidados à saúde.

5 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE: POLÍTICA DE ATENÇÃO NO SUS

Segundo Lopes (2009), os primeiros serviços de atenção à urgência e à emergência em saúde no Brasil deram início no século XX, cuja organização se deu a partir do serviço público e se estendeu nas instituições privadas. No entanto, só veio ganhar destaque depois de um século, na visão de dar suporte à rede hospitalar, uma vez que as demandas mais urgentes são atendidas de forma imediata, diminuindo o fluxo de atendimentos nos hospitais.

Tendo em vista a necessidade dos atendimentos em caráter de urgência, logo foram criadas leis que regulamentassem esse atendimento, a exemplo da Portaria 2048/2002, que consiste em regulamentar técnicas de sistemas de urgência e emergência, normatizando-as em âmbito intra-hospitalar, e a Portaria 1600/2011, que trata de uma política nacional de atenção que estabelece componentes dentro da rede de saúde para suprir esses tipos de atendimentos, que são: prevenção e vigilância à saúde, atenção básica em saúde, serviço de atendimento móvel (SAMU) e unidades de pronto atendimento (UPAs 24h) (BRASIL, 2010).

Dito isso, o regime de atendimento nas unidades de saúde de nível hospitalar é de caráter clínico e cirúrgico, classificado em atendimento de urgência e/ou emergência. Existe uma diferença entre as duas classificações de atendimento mencionadas, por exemplo, urgência é aquele atendimento que não pode ser adiado, deve ser resolvido imediatamente. Na urgência, não há risco imediato de vida, porém, pode se transformar em uma emergência se não for solucionada rapidamente. Já o atendimento de emergência diz respeito àquelas situações críticas, uma ameaça imediata para o bem-estar, com maior risco, em que o tempo se torna valioso. A

emergência é considerada uma situação em que a vida, a saúde, a propriedade ou o meio ambiente enfrentam uma ameaça imediata (LEAL, 2010 *apud* BRASIL, 2010).

Porém, para que a política desses serviços seja orientada e capacitada para o atendimento às urgências e às emergências, é preciso que haja uma equipe multidisciplinar na área de saúde, como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais do campo do Serviço Social (LEAL, 2010 *apud* BRASIL, 2010).

Segundo Giglio-Jacquemot (2005), nos últimos anos, tem se estudado os serviços de urgência e emergência pelo mundo devido a um grande aumento no número de usuários que procuram esses serviços. No entanto, foram encontradas algumas situações na maioria das unidades públicas de urgência e emergência do país, trata-se do processo do trabalho como situações extremas que dificultam a capacidade de resolutividade dos serviços, por exemplo, o encaminhamento de pacientes para outros hospitais, tornando as salas de observação, que deveriam ser de permanência temporária dos pacientes, em salas de internação, sem as devidas condições de estrutura e equipe para cuidados contínuos, expondo os pacientes a riscos.

Dessa forma, a qualidade dos cuidados prestados à população, considerando que os serviços hospitalares de atendimento ficam abertos 24 horas, apresentam situações que vão desde aquelas de sua estrita responsabilidade até atendimentos com um volume considerável de ocorrências não urgentes que poderiam ser atendidos em estruturas de menor complexidade (GARLET *et al.*, 2009).

Segundo Marques (2007), pode-se perceber que os usuários utilizam os serviços hospitalares de urgência e emergência por entenderem que esta alternativa é mais resolutiva, pois recebem um somatório de recursos, como: consultas, remédios, exames, procedimentos de enfermagem e internações (MARQUES *et al.* 2007).

As situações que motivam à procura dos serviços de urgência e emergência, como aponta Giglio-Jacquemot (2005), as percepções de profissionais e usuários do Sistema de Saúde são aquelas em que há o risco de vida a partir de definições biomédicas, ou seja, sintomas que venham causar a morte e precisam de atendimento imediato. Em contrapartida, os usuários julgam como urgências problemas que atrapalham gravemente sua vida cotidiana sobre urgências são distintas. Portanto, a mesma autora cita que os serviços de urgência e emergência,

quando observados, podem ser um panorama do funcionamento do Sistema de Saúde da região onde estão inseridos. A irritação frequente de usuários pode ser resultado de obstáculos na utilização da rede de serviços, por exemplo, extensas filas de espera em postos de saúde e hospitais, dificuldade de acesso e pouca resolutividade nos serviços da Rede Básica de saúde.

Portanto, a frequência por parte de alguns usuários pode estar relacionada às condições precárias de saúde na rede pública. Contudo, essas condições precisam de um gerenciamento contínuo por anos, exigindo esforço do Sistema de Saúde, pois requerem ações tanto de caráter continuado quanto de pronto atendimento, nos quais o uso de serviços de emergência se torna imprescindível (MATTOS, 2008).

Marques (2010) e Pasarín (2006) afirmam que a utilização dos serviços de urgência e emergência se inicia pela percepção que o usuário tem quanto a sinais e sintomas que são valorizados por eles, como perda ou comprometimento da saúde. Quando detectam alguma possível irregularidade, procuram a unidade de atendimento mais acessível, como as unidades de urgência e emergência. Sendo assim, as pessoas utilizam mecanismos simbólicos que as levam à decisão do que poderá ser feito para investigar o problema ou para recuperar a normalidade perdida. Segundo os pensamentos de Giglio-Jacquemot (2005, p. 5):

[...] situações problemáticas nas quais se encontram essas unidades hospitalares: superlotação, escassez de recursos humanos e materiais, inadequação entre a oferta e a demanda de cuidados médicos de urgência. Por sua vez, atores do atendimento às urgências e às emergências (profissionais, agentes e administradores da saúde, responsáveis pelas políticas sanitárias) lastimam o fato de os prontos-socorros enfrentarem uma demanda que os afastam de sua missão declarada, pois acabam atendendo situações de saúde que, na sua maioria, não exigem atendimento médico urgente. Diante desses problemas, denunciados com frequência há anos, foi-se construindo um discurso, elaborado pelas autoridades sanitárias e por profissionais da saúde, reproduzido pela mídia, que acusa a população de fazer mau uso dos prontos-socorros e a designa como a grande responsável pela sobrecarga dessas unidades e pela desvirtuação da sua função.

Diante da política de urgência e emergência, entre elas existe uma que vem ganhando destaque, são as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24 horas), que, no fim dos anos 2000, expandiram-se no âmbito das políticas de saúde no Brasil.

6 UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPAs)

O Brasil, nos últimos anos, vem passando por uma série de transformações e inovações na política, na economia, na educação e, sobretudo, na saúde. Uma dessas inovações é o Sistema Único de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal brasileira e traz um conceito ampliado de saúde para atender os mais de 180 milhões de brasileiros, de forma que abrange desde o simples atendimento em ambulatório até os mais complexos atendimentos hospitalares.

Na verdade, o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde em nosso país. Antes, a saúde era entendida como “o estado de não doença”, o que fazia com que toda lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menos ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção dos agravos e na promoção da saúde. Para tanto, a saúde passa a ser relacionada com a qualidade de vida da população, a qual é composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia o lazer etc. (BRASIL, 2000, p. 1).

Segundo Aguiar (2008), a implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro, veio o Sistema Unificado de Saúde (SUDS); depois, a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses, foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. O INAMPS só foi extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689.

Antes mesmo da criação do SUS, o Ministério da Saúde (2000) resumia sua atuação somente na prevenção de doenças, por exemplo, o processo de vacinação. No entanto, foi exatamente na década de 1970, com o advento da Reforma Sanitária, que tudo mudou, o país começou a lutar por melhorias e, juntamente com a liderança local, buscava-se uma reforma na saúde brasileira. Como resultado desse movimento na época, tivemos a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em Brasília. A CNS foi um acontecimento exemplar que reuniu quase cinco mil pessoas e resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção “Da Saúde”, da Constituição Brasileira de 5 de outubro

de 1988. A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. A partir de então, os órgãos estaduais e municipais passaram a promover diversos eventos, anualmente, com o intuito de sempre buscar expansão e melhorias para o Sistema de Saúde.

Dessa forma, como fruto de todo esse processo mencionado, temos um avanço com a criação da Portaria nº 342, de 4 de março de 2013, que define as diretrizes para implantação das UPAs 24 horas em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.

Em concordância com a Portaria do Ministério da Saúde nº 342/2013 a mesma define as UPAs como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, serviço articulado com a Atenção Básica, o SAMU, a atenção domiciliar e a atenção hospitalar, construída com recursos de investimentos do Governo Federal e Municipal.

Atualmente, o município de Fortaleza possui nove UPAs, seis delas construídas com recursos do Estado e três com recursos do Município, todas administradas pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH). As UPAs geridas pelo ISGH prestam um serviço especializado, respeitando o grau de priorização do atendimento por gravidade de cada caso, aferido por meio de um sistema de classificação de risco executado por profissionais de nível superior em Enfermagem, garantindo, assim, a precisão dessa avaliação (ISGH, 2013).

Entendemos que existe uma conjuntura para a criação das UPAs, um planejamento de gestão pensado, com o intuito de diminuir os fluxos dos hospitais e as filas dos postos de saúde. A divisão interna foi elaborada conforme diretriz da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências, com espaço para o processo de classificação de risco, eixos de urgência e emergência, e divisão da equipe multiprofissional nos espaços físicos da unidade hospitalar.

Sugere-se que o acolhimento deve ir além do método formal do Protocolo de Manchester, deve ser um atendimento voltado para a pessoa com olhar integral e igualitário. Assim, conforme Brito (2015), perceberam-se pontos críticos na dimensão do acolhimento, como: a visão do acolhimento com os conceitos erroneamente construídos ao interpretá-lo, como os de triagem, seleção, organização de filas, atendimento isolado pelos profissionais e, por vezes, limitada a atitudes como de bondade e favor ou recepção administrativa, ambiente confortável e processo de triagem nos casos mais graves para o atendimento de emergência e, ainda, ficar exposto a critério de seleção em que os casos graves não são priorizados.

Em uma unidade de emergência, o atendimento necessita ser rápido, eficaz, assertivo e a equipe entrosada. De acordo com o modelo hegemônico de assistência, além de ser centrado na figura do médico como indispensável, é moldado no tecnicismo. Questiona-se: o processo de acolhimento se justifica por si só como um código do que perguntar? Como sinalizar essa emergência? Para onde direcionar o cliente até que ele possa ser atendido? Portanto, não deve ser assim, é possível sim fazer acolhimento humanizado mesmo em situação de emergência, na qual nem sempre todas as demandas são exatamente emergência. Assim, recomenda-se essa temática sobre o acolhimento (BRITO, 2015, p. 11).

6.1 Processo de classificação de risco

Conforme Brasil (2010), verificamos o processo da classificação de risco que, em seu sentido conceitual, é uma ferramenta de apoio na decisão clínica, no formato de protocolo, que deve ser utilizada por profissionais médicos e/ou enfermeiros para identificar a gravidade do paciente e classificar de acordo com o Protocolo de Manchester⁶, entendido como a triagem baseada em cinco cores: a cor vermelha (emergente) indica atendimento imediato; a laranja (muito urgente) prevê atendimento em dez minutos; a amarela (urgente), em 60 minutos; a verde (pouco urgente), em 120 minutos; e a azul (não urgente), em 240 minutos. A classificação é feita a partir de queixas, sintomas, sinais vitais, escala de dor, glicemia entre outros, a qual o profissional responsável pela triagem também justifica, no sistema, a classificação do paciente (BRASIL, 2011).

Concordamos com Mitre (2012, p. 5) quando afirma que “ainda existe uma determinada dificuldade de compreensão, pelos profissionais de saúde, do processo de trabalho no acolhimento, que o reconhecem como uma espécie de “triagem humanizada”, ou seja, ressaltamos, mais uma vez, que o acolhimento não se resume apenas à classificação de risco. Nessa mesma direção, Cunha (2010) alerta que, à medida que o profissional de saúde incorpora uma ferramenta ou atividade como uma rotina, neste caso o acolhimento, acaba por esquecer ou não reconhecer sua motivação e seus fundamentos conceituais, passando a executá-lo de forma acrítica.

Entendemos que o acolhimento não se resume à classificação de risco, existe todo um processo teórico. No entanto, o processo torna-se um desafio, pois não se limita somente em uma ação tecnicista, algo muito além da identificação do grau da doença.

⁶ O Protocolo de Manchester é o método de classificação de risco utilizado nas UPAs.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), identificamos alguns conceitos sobre o processo de acolhimento ao paciente, que deve ser baseado na PNH, que determina o cuidado do paciente, com prioridade a escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização em todos os setores de atendimento, um profissional qualificado, que seja capaz de escutar com atenção, dar importância ao problema apresentado, envolver-se com respeito e profissionalismo, tendo como referência o código de ética profissional.

O artigo 3º da Portaria de saúde nº 10/2017, inciso I, apresenta também como diretriz das UPAs o funcionamento 24 horas, em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos, equipe assistencial multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo, a resposta, a garantia do acesso ao paciente ao atendimento (BRASIL, 2011).

Além da classificação dos pacientes, as UPAs recebem uma classificação de acordo com a quantidade de habitantes na área instalada. São classificadas em porte I, II, e III, conforme podemos analisar na figura a seguir:

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPAs 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPAs 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA
PORTE I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
PORTE II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS
PORTE III	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS

Fonte: Brasil, 2003.

Conforme análise da figura, entendemos que a unidade de porte I deve ter, no mínimo, sete leitos de observação, capacidade de atendimento médio de 150 pacientes por dia, população de área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes. A UPAs de porte II deve ter, no mínimo, 11 leitos de observação, com capacidade de atendimento médio de 250 pacientes por dia, com área populacional de 100 mil a 200 mil habitantes. A unidade de porte III deve ter área populacional de 200 mil a 300 mil habitantes, ter 15 leitos de observação e, no mínimo, quatro leitos na sala de urgência.

6.1.1 Composição da equipe multiprofissional nos eixos de emergência

Nas UPAs, existe equipe multiprofissional, cujo número de profissionais é acordado com a gestão da unidade e com a demanda populacional local. A equipe é composta por médicos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e funcionários de Ensino Médio que dão apoio na parte administrativa e no fluxo de atendimento da unidade. O quantitativo dos profissionais depende da classificação do porte da unidade. Por exemplo, UPA de porte I deve ter, no mínimo, 2 médicos (1 diurno e 1 noturno); UPA de porte II deve ter 3 médicos (2 diurnos e 1 noturno); unidade de porte III deve ter 4 médicos (2 diurnos e 2 noturnos). A escala do Serviço Social é diferente, em cada unidade, deve ter 3 assistentes sociais em revezamento de plantão diurno.

6.1.2 Divisão dos eixos de urgência e emergência nas UPAs

Segundo a Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), o eixo vermelho é relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: área vermelha, área amarela e área verde.

Na área vermelha, encontra-se a sala de emergência, para os atendimentos especiais invasivos. Nesse espaço, encontram-se médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. A área amarela fica localizada na sala da emergência, para os atendimentos imediatos especiais invasivos. Ela é composta por salas resguardadas para pacientes já instalados na unidade, ou seja, os pacientes que se encontram em estado de internamento e precisam de cuidados especiais (críticos ou semicríticos). Na maioria das vezes, esses pacientes permanecem na sala vermelha, dificultando o atendimento de outros pacientes. A área verde é onde ficam os pacientes em observação (feminino e masculino) e idade (adulto e criança), a depender da demanda, nessa área, permanecem apenas enfermeiros e técnicos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira reflexão que elaboramos diante da temática é que, se existe uma proposta de humanização de atendimento do SUS e se ela se torna necessária, fica

evidente que, pelo menos em parte significativa da saúde pública, ainda ocorre uma “desumanização” no atendimento, sendo fundamental uma mudança de paradigma.

Dessa forma, o acolhimento das pessoas que procuram o serviço de saúde deve ser realizado por toda a equipe técnica. O acolhimento e o atendimento humanizado são uma prática que deve ser pertinente a todos os profissionais da unidade.

O exposto nos leva a pensar que os desafios na construção de uma política de humanização estão diretamente ligados ao processo formativo dos profissionais, levando em consideração que uma formação não deve ser estritamente tecnicista, mas deve contemplar a saúde em toda sua complexidade, na qual deve promover a defesa de valores que defendam a liberdade e a emancipação humana.

Diante do estudo bibliográfico realizado até aqui, reconhecemos a importância do acolhimento como diretriz principal da PNH. No entanto, a mesma não pode ser vislumbrada como a peça salvadora do serviço em saúde. Não existe política capaz de resolver as lacunas do SUS de forma isolada, é preciso que haja uma articulação entre princípios, diretrizes, políticas, usuários, trabalhadores e gestão.

Ressaltamos que o acolhimento é um longo processo ainda em construção no SUS, que deve ser capaz de motivar e potencializar profissionais e gestores em saúde para a construção de um espaço de trabalho ético, justo e democrático, como também capaz de incluir os usuários nos serviços por meio de participação social.

Portanto, somente o conhecimento de todos os profissionais da saúde sobre a PNH não é suficiente para provocar mudanças. A PNH implica na revisão de valores, conceitos e postura por parte de todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde, cabendo o compromisso de cada categoria para transformar a PNH de utopia em uma realidade alcançável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A ENFERMAGEM. **Protocolo de Manchester**, 2012. Disponível em: <<http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/>>. Acesso em: 27 ago. 2017.

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS – Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ARIZONO, Adriana Davoli; SILVA, Regina Célia. **A Política Nacional de Humanização do SUS e o Serviço Social**. Brasil, v. 1, n. 2. 2008.

BENEVIDES, Geis de Oliveira; RAMOS, Luany *et al.* **Assistente Social: trabalhador (a) assalariado (a) em tempos de trabalho precarizado**. Londrina, 2015.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Acolhimento com classificação de risco. Série cartilhas da PNH, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 30 mar. 2018.

_____. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf >. Acesso em: 14 set. 2017.

_____. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília-DF, 2013. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

BRITO, Kleidy de Jesus. A dimensão do acolhimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA): Um olhar na perspectiva do Serviço Social. In: **Revista saúde e desenvolvimento**. Vol. 7, 2015.

CECÍLIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, T. B. *et al.* O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: **Cadernos de saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 345-353, jan./jun. 1999.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIGLIO, Armelle. **Urgências e Emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2005.

_____. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

HECKER, Ana Lúcia; BARROS, Maria Elizabeth; PASSOS, Eduardo. **Um seminário dispositivo**: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Intergace*, v. 13, 2009.

ISGH. **Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar**. Disponível em: <<http://www.isgh.org.br/upa>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOPES, L. **Atendimento de emergência no Brasil**. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Condutas de Enfermagem no Paciente Crítico) – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, Criciúma, 2009.

MARQUES, G. Q. **Acesso e utilização do serviço de atendimento móvel de urgência e emergência de Porto Alegre por usuários com demandas clínicas**. 2010. 193 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

MATOS, Maurilio Castro. **Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <<http://www.mobilizadores.org.br/wp-content/uploads/2015/03/MINAYO-M.-Cec%C3%ADlia-org.-Pesquisa-social-teoria-m%C3%A9todo-e-criatividade.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

MITRE, S. M. *et al.* Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. In: **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8. 2012.

MOTTA, B. F. B. *et al.* O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. In: **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jun. 2014.

OLIVEIRA, Lêda Maria *et al.* Acolhimento: Concepções, Implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. In: **Rev. APS**, v. 11, n. 4, p. 362-373, out./dez. 2008:362.

PARASÍN, M. I. *et al.* Razones para acudir a los servicios de urgências hospitalares. La población opina. In: **Gaceta Sanitária**, Barcelona, v. 20, n. 2, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCANHEAS, M. T. M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos metodológicos e conceituais**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004, p. 241-257.

TAKEMO, Maria Libertad; SILVA, Eliete Maria. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho**. Rio de Janeiro, 2007.

TEIXEIRA, R. R. (2007). O Acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma Rede de Conversação. In: MATTOS, R. A. & PINHEIRO, R. (orgs.), **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde** (pp. 91-113). Rio de Janeiro-RJ: IMS/UERJ/Abrasco.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.