

# **A DIMENSÃO DO ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA): UM OLHAR NA PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL**

HOW IMPORTANT IS TO HOST THE PATIENT IN AN EMERGENCY MEDICAL UNIT: A LOOK UNDER THE PERSPECTIVE OF SOCIAL SERVICE

**Kleidy De Jesus Brito**

## **RESUMO**

O acolhimento diz respeito ao envolvimento do profissional de saúde no primeiro contato com o sofrimento do cliente, ouvir sua dor, envolver-se com respeito e profissionalismo para atender sua necessidade. Vai muito além do acolhimento somente por classificação de risco. É uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção. Diante disto, esse artigo tem como objetivo analisar a dimensão do acolhimento nos serviços de saúde pública. Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados como periódicos da CAPES; LILACS e SciELO. Conclui-se que a atuação do profissional de assistente social tem um olhar amplo sobre o usuário do SUS. Sugere-se que o acolhimento deva-se ir além do método formal e tecnicista. Voltando-se para a pessoa como olhar integral e igualitário. Este estudo sugere novas investigações sobre as temáticas na dimensão do acolhimento humanizado, no atendimento à saúde, nos serviços do SUS.

**Palavras-Chave:** Acolhimento. Emergência. Assistente social. Saúde Coletiva.

## **ABSTRACT**

Hosting regards the involvement of health workers in the first contact with the patient in pain, listen to his/her complaint, show respect and professionalism to meet his/her need. Classify the patient's risk goes far beyond hosting. A technical health care action presupposes the change of professional / user relationship and their social network through technical, ethical, humanitarian and solidary parameters. Such action recognizes the user as a subject and an active participant in the production process. Then, this paper aims to examine the importance of hosting in the public health services. This study is a literature review based on databases such as CAPES; LILACS and SciELO journals. It is concluded that the role of the professional social worker has a broad view over the NATIONAL HEALTH SYSTEM users. It is suggested that hosting should go beyond technicalities and formal method. It should see people as full and equal beings. This study suggests new researches on humanized hosting in health attendance and in the NHS services.

**Keywords:** Hosting. Emergency. Social Worker. Public Health.

## **1 INTRODUÇÃO**

O acolhimento tem sido praticado na dimensão técnico-operacional como prática essencial para a organização do serviço de emergência e garantia do princípio da integralidade. Porém, deve-se ir além, avançar na dimensão humanística, a qual se

pressupõe ser capaz de renovar o modelo atual de assistência à saúde por meio do atendimento acolhedor, garantindo acesso a este de forma mais humanizada.

O acolhimento é uma ação tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2004).

De acordo com Guedes (2013) a percepção limitada de que o acolhimento constitui apenas o processo de triagem de casos, selecionando os mais graves para o atendimento emergencial, pode ser caracterizada como um dos principais entraves para a implantação desta tecnologia nos serviços de saúde, dificultando ainda mais sua aceitação pela população, o que justifica a realização de estudos que visem analisar, na visão do usuário, como o acolhimento está sendo desenvolvido em diferentes realidades, especialmente nos serviços de emergência.

Já Mitre (2012) aborda que quando o acolhimento é tomado como um pronto atendimento, a triagem a ser realizada na porta do serviço pode perpetuar a exclusão dos usuários e das comunidades ao SUS, dificultando a adesão ao projeto terapêutico, o vínculo e a corresponsabilização. Além disto, esta prática restrita de acolhimento tem sido percebida pelos profissionais de saúde, como mais uma tarefa a ser realizada, entre tantas outras das UAPS, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflitos nas equipes, dificultando a qualificação do SUS.

Diante da realidade dos prontos-socorros públicos brasileiros, a Política Nacional de Humanização (PNH) vislumbrou ampliar o acesso e reduzir as filas e tempo de espera propondo o acolhimento com classificação de risco como uma intervenção potencialmente decisiva na reorganização do fluxo de atendimentos na rede e na implementação da promoção da saúde. Essa política visa extrapolar o espaço de gestão local para se afirmar no cotidiano das práticas em saúde, na coexistência das macro e micropolíticas (BRASIL, 2004).

As diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam a resolutividade como um dos principais desafios a serem enfrentados na consolidação do sistema e na promoção da saúde da população. No entanto, por vezes, a resolutividade tem sido ofertada a partir de uma perspectiva queixa conduta, como frequentemente se

observa nos atendimentos oferecidos pelos superlotados prontos-socorros públicos (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Segundo Abbês e Massaro (2004) o acolhimento no campo da saúde tem sido associado a uma ação, um espaço ou um local, com ambiente confortável, com a recepção e triagem administrativa propondo o encaminhamento de intervenções. Todos estes são fundamentais, mas que quando tomados de forma isolada e pontuais fogem a intenção proposta. O acolhimento vai além disto, pois é uma postura ética e profissional. Sendo assim, ele não se resume a uma etapa do processo, mas sim em qualidade e ação, que devem embasar todos os locais e momentos de assistência na unidade de saúde.

Deste modo, o acolhimento diz respeito ao envolvimento do profissional no primeiro contato com o sofrimento do cliente e ouvir sua dor envolve respeito e decisão profissional no intuito de ajudá-lo a seguir em sua busca por tratamento e solução para o seu problema. Vai muito além do acolhimento somente por classificação de risco, sabe-se que mesmo em uma UPA, há outros atendimentos paralelos ao atendimento de emergência, e é nessa extensão do todo que está o olhar da assistente social.

Conforme Guedes (2013) para reorganizar os processos de trabalho em saúde e promover maior resolutividade das ações de saúde é necessário que as pessoas que buscam atendimento sejam acolhidas. Acolher ultrapassa a perspectiva de acesso ao serviço de saúde; é mais que uma ação de porta de entrada e recepção do usuário. É um processo contínuo que envolve sensibilidade e conhecimento técnico-científico dos profissionais para identificar necessidades de saúde derivadas de processos sociais, físico-biológicos, mentais e ambientais. É a responsabilização interessada e ativa pela condição de saúde do usuário que resulta em adequação do serviço de saúde ao perfil da população atendida.

Diante de tudo que foi exposto, da complexidade envolvida nos processos de trabalho da equipe de saúde em UPA, até à realização do acolhimento nos serviços de pronto atendimento, este estudo apresenta a seguinte questão problematizadora: Como deve ocorrer o acolhimento em unidade de emergência em especial em UPA? Este estudo tem como objetivo compreender elementos que envolvem a dimensão da realização do acolhimento humanizado na perspectiva do serviço social.

Trata-se de uma revisão de literatura. Buscou-se artigos relevantes ao tema, publicados nas bases de dados do portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); *Scientific Eletronic Libray online* (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Como critérios de inclusão: publicados nos últimos dez anos, em português. Descritores: acolhimento; humanização; emergência; atendimento em emergência; assistente social; saúde coletiva. Justifica-se essa temática em saber sobre a importância do acolhimento no cotidiano em uma UPA. Podendo-se contribuir para descoberta inovadora sobre acolhimento humanizado. E ainda somar-se ao acervo cultural como contribuição do olhar do serviço social.

## **2 A DIMENSÃO DO ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO**

Embora muitos avanços já tenham sido alcançados na proposta de reorganizar o modelo de atenção, o pronto-socorro ainda representa um recurso célere para o acesso da população à rede de atenção em saúde, uma vez que os serviços de atenção básica não têm sido suficientes e eficazes no atendimento à saúde da população (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Segundo Ludwig e Bonilha (2003) a procura ao serviço de emergência pode acontecer por motivos diversos e se dá a partir de referências, as quais podem ser pessoais, de pessoas conhecidas ou por encaminhamento médico. Assim, experiências anteriores positivas fazem com que o usuário procure por atendimento no mesmo local. Também é expressivo o número de usuários que procuram a emergência por serem vinculados ao ambulatório de especialidades, no qual seus médicos orientam que a procurem no caso de necessidade. É importante salientar que este tipo de orientação pode levar o usuário a avaliar suas necessidades como merecedoras de atendimento de emergência, resultando, muitas vezes, em uma má utilização do serviço.

Uma das maiores queixas da população hoje, no setor de atendimento à saúde pública e na rede privada, é a falta de opção para serem atendidas em suas necessidades em intercorrências agudas ou nas crônicas agudizadas, com destaque para aquelas que não configurariam a típica urgência-emergência (GALLO; MELLO, 2009).

Além disso, a emergência é percebida, tanto pelos usuários quanto pelos médicos, como um viés para conseguir uma internação hospitalar. Estes fatos demonstram a descaracterização da emergência de sua concepção original de atendimentos rápidos e com alta rotatividade. Ao contrário disso, os usuários estão sendo internados no próprio setor, por conta da escassez de leitos no restante do hospital (LUDWIG; BONILHA, 2003).

Inserir a humanização nas práticas de suporte avançado à vida, realizadas na unidade de emergência, torna-se possível caso se desenvolver a competência humanística no mesmo nível em que se estimula a competência técnico-científica dos trabalhadores, oferecer-lhes incentivos ao comprometimento com a qualidade do cuidado de enfermagem e envolvê-los numa nova atitude frente às demandas cotidianas (DAL PAI; LAUTERT, 2005).

Segundo Guedes (2013), em resultados de suas pesquisas, as maiores carências no atendimento de emergência são: atenção, humanização, respeito ao paciente e, muitas vezes, educação dos profissionais, demonstrando que a mudança de postura profissional, por meio de um simples olhar, toque, palavra de apoio e de orientação, é muito mais importante do que o remédio e o exame.

Ainda segundo Guedes (2013) a visão do acolhimento realizado no serviço apresentou-se deturpada por antigos conceitos, como os de triagem, seleção, organização de filas, algo que deve ser mais bem trabalhado pelos profissionais que realizam tais ações ainda de maneira isolada, o que desconfigura a real função do acolhimento como nova forma de organização das demandas nos serviços de saúde.

Bittencourt e Hortale (2007) comentam que a forma de acolhimento nas recepções dos serviços de emergência, onde funcionários do setor de segurança definem a prioridade do atendimento. Talvez aqui, se identifique o aspecto mais grave do atendimento nesses serviços, quando o indivíduo, para além das péssimas condições do ambiente, fica exposto a um critério espúrio de seleção dos seus problemas, em que os casos graves não são priorizados.

A assistência fundamentada no modelo tradicional, biomédico, traz limitações ao trabalho em equipe, favorece a fragmentação da atenção, a produção de saúde centrada nos procedimentos e na doença, e não no usuário, e a concentração do poder de decisão

na figura do médico, situando a atuação dos demais profissionais de forma periférica e com desigual valoração (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Assim, a classificação de risco visa subsidiar a ordem dos atendimentos para que os usuários não sejam orientados pela hora de chegada, mas por parâmetros clínicos de gravidade que permitam identificar as situações que não podem aguardar o atendimento devido ao risco de morte. Trata-se, portanto, de uma tecnologia que procura garantir o atendimento imediato do usuário que enfrenta risco à vida, além de prever e informar o tempo de espera para os indivíduos que não apresentam este risco (DAL PAI; LAUTERT, 2011).

Todavia, por vezes, a noção de acolhimento tem sido limitada a uma atitude profissional de bondade e favor; ou ainda se traduz em recepção administrativa, ambiente confortável e ação de triagem. No entanto, entende-se acolhimento como a adoção de uma postura de aproximação e responsabilização durante o desenvolvimento das ações de atenção e gestão, favorecendo a confiança e o compromisso entre usuários, equipes e serviços. Cabe referir também que a triagem se refere a uma ação excludente a partir da seleção daqueles que serão atendidos, enquanto a classificação de risco se destina à ordenação do fluxo a partir do acolhimento de todos que procuram o pronto-socorro (BRASIL, 2004).

Assim, o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada, pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas, intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder, reduzindo a centralização das consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Por outro lado, o desconforto presente evidencia o quanto é necessário que se construam outros projetos intelectuais, forjados com base numa perspectiva ético-política que guiem as práticas em saúde na direção da integralidade e da humanização, por meio de ações integradas, resolutivas e que deem conta das dimensões biológicas, subjetivas e socioculturais no processo saúde-doença-cuidado (CARDOSO; HENNINGTON, 2011).

Conforme Mitre e colaboradores (2012) o acolhimento, em suas diferentes configurações, destaca-se como um processo em construção no SUS, que deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de

saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a construção de um novo modelo assistencial, capaz de produzir sujeitos, cuidado e saúde.

Nesse contexto o acolhimento envolve não somente a existência do espaço para essa função, mas inclui também, o desenvolvimento humano capaz de ouvir e se importar com os clientes durante todo o processo de seu atendimento. Espera-se assim, a diminuição do risco de mortes evitáveis, a identificação rápida de casos que podem evoluir para emergência, inter-relacionando demandas urgentes para outras unidades de acordo com a necessidade da assistência e, ainda, reduzir a ansiedade e tempo de espera dos clientes promovendo a satisfação dos usuários, bem como a dos profissionais. Isso potencializaria um momento importante de atendimento ao cliente e familiares, que procuram por serviço de emergência para atender suas necessidades.

## **2.1 O Assistente Social e o Acolhimento Humanizado**

Segundo Iamamoto (2000) o assistente social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas. Destacamos aqui que o assistente social possui na formação acadêmica, o pressuposto ídeo-político que embasará a sua prática profissional na perspectiva da garantia dos direitos civis, sociais e políticos dos segmentos atendidos, prestação dos serviços tendo em vista garantir os direitos sociais, especialmente o direito à saúde, com vista a contribuir para qualidade do espaço público, para o controle e participação social e, em última instância, para a construção de uma nova ordem social.

O assistente social precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar visões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nesta direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença (PINHEIRO et al., 2009).

Conforme Mitre e colaboradores (2012) o acolhimento, ao ampliar o acesso dos usuários ao SUS na APS, quando associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde. Além disto, pode contribuir efetivamente para a superação do mito, construído ao longo dos anos, de que as ações de saúde prestadas pelos serviços públicos são de má qualidade e seus profissionais desqualificados, e que os serviços de ponta estão no setor privado.

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. Devem ser elaborados protocolos assistenciais e rotinas de trabalho e investimento na educação permanente das equipes, para repensar o modelo de atenção à saúde, e avaliar constantemente as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde. É de suma importância a participação dos usuários nesse processo (PINHEIRO et al., 2009).

Um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2000).

Neste quadro, torna-se fundamental o fortalecimento do projeto ético-político profissional no cotidiano do trabalho do assistente social, contrapondo-se à difusão dos valores liberais que geram desesperança, conformismo e encobrem a apreensão da dimensão coletiva das situações sociais presentes na vida dos indivíduos e grupos. O desvelamento das condições de vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico crítica, permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que lhe possibilita apreender e revelar as novas faces da questão social que o desafia a cada momento do seu desempenho profissional diário (IAMAMOTO, 2002).

Nesse sentido, o trabalho do assistente social tem na PNH, um balizador da sua ação profissional, tendo em vista que as diretrizes propostas pela Política coadunam na perspectiva do protagonismo do sujeito, visando o rompimento do atendimento

fragmentado, desarticulado e descontinuado, que não produz os efeitos necessários ao atendimento das necessidades do paciente, levando em conta a integralidade e a assistência à saúde.

## **2.2 O Serviço Social e a Relação com a Saúde Coletiva**

Segundo Sodré (2010) o serviço social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo, baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene deste. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo.

A nomenclatura saúde coletiva não representa apenas uma mudança entre termos, mas a incorporação de questionamentos trazidos principalmente pelas lutas sociais. A saúde coletiva desperta para o fato de que o motor do desenvolvimento das políticas públicas são os movimentos de resistência, e não a modernização proposta por mais industrialização. Para a saúde, um campo empírico por excelência, o acúmulo já produzido pela reforma sanitária forneceu elementos suficientes para este entendimento. Despertou-nos para o fato de que não será mais industrialização que trará desenvolvimento, mas sim a abertura definitiva de um diálogo do Estado com as lutas sociais — admitindo a demanda dos movimentos como agenda das políticas públicas (SODRÉ, 2010).

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) é, portanto, uma política do SUS. Também chamada de Humaniza SUS, a PNH, emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (BRASIL, 2004).

É nesse contexto que se vislumbra a implementação de ações e metas constituintes da Política Nacional de Humanização. E é no sentido da visibilidade das prioridades, da aplicação de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados que a PNH, como política pública, deve-se colocar como objeto de avaliação. Porém, para que essa avaliação não se reduza a uma perspectiva administrativa de averiguação de cumprimento de metas, faz-se necessário não somente reafirmar os conceitos macro-referenciais da PNH, como também a complexidade das dimensões deles derivadas, desafiando também o seu dimensionamento (SANTOS-FILHO, 2007).

Segundo Nunes (2005) ao finalizar este texto, destacamos que nossa posição em relação à saúde coletiva é a de que ela se fundamenta na interdisciplinaridade como possibilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde, no qual continuam presentes os desafios de trabalhar com as dimensões qualitativas e quantitativas, sincrônicas e diacrônicas, objetivas e subjetivas. Assim, não existe a possibilidade de uma única formulação teórica e metodológica quando espaço, tempo e pessoa não são simplesmente variáveis, mas constituem parte integrante de processos históricos e sociais.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O acolhimento envolve um conjunto de atividades de escuta e identificação de problemas intervenção resolutiva com a adoção de uma postura de aproximação e responsabilização durante a condução das ações de forma resolutiva. É um processo de construção do SUS capaz de incluir usuários e gestores em espaços democráticos, éticos introduzindo sujeitos, cuidados e saúde em um novo modelo de assistência. Espera-se assim, a diminuição do risco de mortes evitáveis, identificação rápida de casos que podem evoluir para emergência, encaminhar e orientar o usuário para outra unidade de acordo com a necessidade da sua assistência, reduzir a ansiedade e tempo de espera dos pacientes promovendo a satisfação dos usuários, bem como a dos profissionais.

Percebeu-se pontos críticos na dimensão do acolhimento como: a visão do acolhimento com os conceitos erroneamente construídos ao interpreta-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.

O assistente social tem em sua formação acadêmica a ideologia para lutas na perspectiva da garantia dos direitos civis, sociais, políticos e direito a saúde necessitando desenvolver sua capacidade de analisar e decifrar a realidade para preservar direitos nas demandas no cotidiano. Necessita debater o significado do acolhimento humanizado com a equipe para evitar compreensões erradas que conduzirão a condutas errôneas da atuação. Assim, contribuindo para qualificação profissional e um atendimento de qualidade nas unidades de emergências do SUS.

O campo de atuação em saúde coletiva é bastante complexo por se articular com as políticas públicas relacionadas ao atendimento de saúde de toda a população e isso não apenas em uma única direção pública, mas também privada, respondendo a necessidade de pesquisa e andamento de saúde da população brasileira como um todo. E nos espaços públicos e privados há a participação de equipes multiprofissionais somando seus conhecimentos para acolher o cidadão brasileiro em unidades de emergência de forma humanizada e resolutiva sem agravos a sua saúde.

Uma das limitações deste estudo foi atrelar o acolhimento de forma integral, tendo como cenário uma UPA, que é bastante específico, e tem um protocolo pré-determinado para o acolhimento com classificação de risco. A limitação foi justamente por não se conceber o acolhimento apenas nas abordagens de classificação de risco. No geral encontraram-se artigos relevantes para a conclusão deste artigo de forma satisfatória.

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 que essa temática sobre o acolhimento

deva ser abordada por outros profissionais que compõem equipe multiprofissional do serviço de emergência.

## REFERÊNCIAS

ABBÊS, Claudia; Massaro, Altair. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: Um Paradigma Ético-Estético no fazer em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde 2004, 49p. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/textos/texto84.pdf>>. Acesso em 21 de maio de 2014.

BITTENCOURT, Roberto José; Hortale, Virginia Alonso. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06/10/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 30/07/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização-PNH. Cartilhas da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília (DF); 2004.

CARDOSO, Cíntia Garcia; Hennigton, Élide Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198177462011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 20/09/2014.

DAL PAI, Daiane; Lautert, Liana. Suporte humanizado no pronto socorro: um desafio para a enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25/09/2014.

DAL PAI, Daiane; Lautert, Liana. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Sept. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25/09/2014.

*A DIMENSÃO DO ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA):  
UM OLHAR NA PERSPECTIVA DO SERVIÇO SOCIAL*

GALLO, A. M.; Mello, H. Atendimento Humanizado em Unidades de Urgência e Emergência. **Revista F@pciência**, Apucarana-PR, ISSN 1984-2333, v.5, n. 1, p. 1 – 11, 2009. Disponível em: <[http://www.fap.com.br/fapciencia/005/edicao\\_2009/001.pdf](http://www.fap.com.br/fapciencia/005/edicao_2009/001.pdf)>. Acesso em: 03/08/2014.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; Henriques, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, Feb. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Julho 2014.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional!** 3ª. Ed. – São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em questão. Brasília: CFESS, 2002.

LUDWIG, Maria Luiza Machado; Bonilha, Ana Lúcia de Lourenzi. O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 1, Feb. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25/09/2014.

MITRE, Sandra Minardi; Andrade, Eli lola Gurgel; Cotta, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Aug. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Julho 2014.

NUNES, Everardo Duarte. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, June. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 1/09/2014.

PINHEIRO, Neile d'Oran et al. Grupo de RUPO DE Trabalho Serviço Social na Saúde. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (Versão Preliminar) BRASÍLIA. 2009. Disponível em: <[http://www.aisi.edu.br/userfiles/file/assistentes\\_sociais\\_saude.pdf](http://www.aisi.edu.br/userfiles/file/assistentes_sociais_saude.pdf)>. Acesso em: 24/09/2014.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Agosto 2014.

SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 103, Sept. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24/09/2014.

TEIXEIRA, CF., and Solla, JP. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: **Editora EDUFBA**, 2006. 237 p. Saladeaula series, nº3. ISBN 85-232-0400-8. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-09.pdf>>. Acesso em: 30/07/2014.