

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JÉSSIKA ANGÉLICA MOREIRA DOS SANTOS

**A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) MARIA PIRES PERILLO E OS
DESAFIOS NA MELHORIA DOS SERVIÇOS OFERECIDOS A POPULAÇÃO DA
REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA – 2018 a 2019**

GOIANIA

2020

JÉSSIKA ANGÉLICA MOREIRA DOS SANTOS

**A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) MARIA PIRES PERILLO E OS
DESAFIOS NA MELHORIA DOS SERVIÇOS OFERECIDOS A POPULAÇÃO DA
REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA – 2018 a 2019**

Trabalho de conclusão de curso para obtenção de nota parcial na disciplina de Monografia II do Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sob orientação do profa. Ms. Wanessa Batista Melo.

GOIANIA

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

Monografia apresentada a Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Curso de Serviço Social, defendida em 26 de novembro de 2020 e avaliada em conceito ___ com nota ___ atribuída pela banca examinadora.

Banca Examinadora:

Profa. Me. Wanessa Batista Melo
Orientadora: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO)

Profa. Me. Vera Lúcia dos Santos (PUC/GO)
Membro
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profa. Me. Dra. Margot Riemann Costa e Silva (PUC/GO)
Membro
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

GOIANIA
2020

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho de conclusão de curso em memória a minha avó Maria Olívia, que de todos, foi a pessoa que mais me incentivou a iniciar essa etapa da minha vida. Queria muito que estivesse aqui para celebrar comigo essa conquista, mas sei que onde estiver, está muito orgulhosa da minha trajetória. Obrigada vovó querida e amada.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir concluir essa graduação.

A minha avó Maria Olívia, que sempre me apoiou e me incentivou a fazer um curso superior, infelizmente não está mais entre nós, mas tenho certeza que se orgulha muito, independentemente de onde ela estiver.

A minha companheira Lorena, que não mediu esforços para que eu retornasse e concluísse à graduação.

Em especial e em memória a minha prima Ranyelle Angélica, que infelizmente partiu recentemente, mas que sempre foi uma referência para mim, com sua força, garra e persistência, obrigada prima amada.

A toda minha família que sempre acreditou em mim.

Aos professores em geral da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que sempre ministraram suas aulas com muita competência.

A professora Vera, que desde o estágio supervisionado, sempre se mostrou presente e à disposição para qualquer eventualidade, e com muito carinho aceitou o convite de compor esta banca.

A professora Margot, que com muita gentileza e prontidão, se colocou à disposição para participar desta banca.

Em especial a professora Wanessa, que sempre teve um modelo mais leve e descontraído, tanto nas suas aulas ministradas, quanto na sua orientação monográfica.

As minhas colegas de curso do Serviço Social e de estágio de campo supervisionado, Bruna Jordana, Eliene dos Santos, Janira Rodrigues, Letícia Fernandes e Sheysa do Amparo, que juntamente comigo contribuíram para a coleta desses dados.

A minha supervisora de estágio de campo Araly, que sempre foi dedicada e atenciosa nas suas supervisões.

A minha amiga Thais, que também se graduou e sempre me apoiou a não desistir, em meio as dificuldades de surgiam pelo caminho.

A minha psicóloga Dr^a. Maria Regina, que me mostrou que sou capaz de apresentar este trabalho, que me impulsionou a concluir com minhas limitações, sempre cuidando da minha saúde mental que ultimamente esteve bem fragilizada.

EPÍGRAFE

“Tudo é considerado impossível, até acontecer”.

Nelson Mandela

RESUMO

Este trabalho tem como objeto de estudo os desafios postos para melhorar os serviços de atendimento da rede pública de saúde, em especial da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Maria Pires Perillo, em seu processo de efetivação. O problema que norteou essa discussão foi, se a UPA Maria Pires Perillo enquanto serviço intermediário vem conseguindo contribuir para a melhoria dos serviços de saúde da população da região Noroeste de Goiânia? O objetivo foi compreender o novo modelo de atendimento em saúde - UPA em sua dimensão ampla e os desafios impostos para a melhoria dos serviços à população moradora na região Noroeste. Os objetivos específicos são: levantar o perfil dos usuários atendidos na UPA Maria Pires Perillo, no período de 2018 a 2019; estudar a legislação que regulamenta as Redes de Atenção a Urgências e as UPAS; analisar como a ausência efetiva de articulação entre os serviços de atenção primária, secundária e terciária que interferem nos atendimentos das UPAS. O método utilizado para análise dos dados obtidos se deu na perspectiva do método dialético, por meio de análise crítica do objeto pesquisado. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e documental, baseado nos seguintes referenciais teóricos: SILVA (2008), IAMAMOTO e CARVALHO (1998), CRUZ (2005), SOUZA (2002), SALDIVA e VERAS (2018), SANTOS (2019), MACEDO (2013). A partir dessa discussão, na consideração final é afirmada a hipótese previamente estabelecida de que traz a ausência de articulação entre os serviços de atenção primária e hospitalares, articulado a falta de desinformações da população que interferem diretamente na melhoria dos serviços prestados pela UPA, fazendo com que a população não compreenda sua finalidade.

Palavras chaves: saúde pública, urgência e emergência, região noroeste de Goiânia, níveis de atenção à saúde.

ABSTRACT

This work has as its object of study the challenges faced by the Maria Pires Perillo Emergency Care Unit (UPA), in its effectiveness process. This object inspired, during the supervised field internship in Social Work, the realization of this study. The problem that guided this discussion was that UPA Maria Pires Perillo as an intermediary service has managed to contribute to the improvement of health services for the population of the Northwest region of Goiânia? The objective was to understand the new health care model - UPA in its broad dimension and the challenges imposed to improve services to the population living in the Northwest region. The specific objectives are: To raise the profile of users attended at UPA Maria Pires Perillo, in the period from 2018 to 2019; Study the legislation that regulates Emergency Care Networks and UPAS; To analyze how the effective lack of coordination between primary and hospital care services interferes with UPAS care. The method used to analyze the data obtained took place in the perspective of the dialectical method, through critical analysis of the researched object. To this end, a bibliographical and documentary research was carried out, based on the following theoretical references: SILVA (2008), IAMAMOTO and CARVALHO (1998), CRUZ (2005), SOUZA (2002), SALDIVA and VERAS (2018), SANTOS (2019), MACEDO (2013). From this discussion, in the final consideration, the previously established hypothesis that brings about the lack of articulation between primary and hospital care services is affirmed, articulating the lack of misinformation of the population that directly interfere in the improvement of the services provided by UPA, causing that the population does not understand its purpose.

Keywords: public health, urgency and emergency, northwest region, health care levels.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 – Perfil dos usuários por sexo	38
Figura 2 - Perfil dos usuários por idade.....	39
Figura 3 – Classificação de risco que determina a gravidade	40
Figura 4 – Tempo de espera no atendimento.....	41
Figura 5 - Turno com maior fluxo de usuários	41
Figura 6 – Indicação clínica mais frequente	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEIS	Área Especial de Interesse Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAIS	Centro de Atenção Integrada à Saúde
CF	Constituição Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
GO	Goiás
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PUC	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria da Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. O SUS E SUA INTERFACE COM AS REDES DE ATENÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	17
2.1. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: DA EXPECTATIVA À REALIDADE.....	17
2.2 OS NÍVEIS DE ATENÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA	25
2.3 As Unidades de Pronto Atendimento - UPAS: compreendendo esta nova proposta.....	29
3. A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA MARIA PIRES PERILLO E SEUS DESAFIOS NA MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA	31
3.2. OS DESAFIOS DA EFETIVAÇÃO DOS SERVIÇOS DA UPA MARIA PIRES PERILLO COM A POPULAÇÃO MORADORA NA REGIÃO NOROESTE	34
3.3 ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA DE CAMPO NA UPA NOROESTE DE GOIÂNIA	36
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
5. REFERÊNCIAS.....	477
6. ANEXO.....	50

1 INTRODUÇÃO

Frente ao contexto vivenciado durante o estágio de campo supervisionado, no ano de 2019, a UPA Noroeste tem por demanda pessoas que a princípio devem ser tratadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e não o são, o que fez elucidar o seguinte problema: enquanto serviço intermediário de nível de atenção secundária, a UPA Noroeste, vem conseguindo contribuir para a melhoria dos serviços de saúde a população da região Noroeste de Goiânia? É preciso entender, o porquê de as dificuldades de se efetivar a política de saúde da maneira a qual foi projetada legalmente, o porquê de não se buscar a prevenção de doenças, e somente a solução delas. De acordo com o Ministério da Saúde (2002), há cerca de 14 Unidades Básicas de Saúde na região noroeste de Goiânia, e mesmo assim só é buscado atendimento em sua maioria, nas unidades de urgência e emergência.

A hipótese que busca responder o problema levantado é, a ausência de articulação entre os serviços de atenção básica e hospitalares, interfere diretamente na melhoria dos serviços prestados pela UPA, reforçando ainda mais a falta de compreensão da população quanto aos serviços disponíveis.

De forma a direcionar a busca de respostas, a pesquisa tem por objetivo geral compreender o novo modelo de atendimento em saúde - UPA em sua dimensão ampla e os desafios impostos para a melhoria dos serviços à população moradora na região Noroeste. Os objetivos específicos são: levantar o perfil dos usuários atendidos na UPA Maria Pires Perillo, no período entre 2018 e 2019; estudar a legislação que regulamenta as Redes de Atenção a Urgências e as UPAS; analisar como a ausência efetiva de articulação entre os serviços de Atenção básica e hospitalar interferem nos atendimentos das UPAS.

A metodologia utilizada se deu por meio de pesquisa bibliográfica e documental de base quantitativa, em que por meio de um levantamento em 1.640 questionários preenchidos, na UPA Maria Pires Perillo com dados coletados das fichas de atendimento entre os meses de julho, agosto e setembro de 2018. Trabalho este realizado por cinco estagiárias do curso do Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

A autorização dos gestores da unidade, facilitou a realização da coleta dos dados necessários para a referida pesquisa, alguns servidores da unidade já

perceberam o quanto em alguns dias específicos a unidade se encontra superlotada e em outros não, mas nunca buscaram compreender o motivo, por isso o estágio foi fundamental para desenvolver alguns questionamentos a respeito do público que busca por atendimento na UPA.

O método utilizado para condensar a pesquisa foi o método dialético, fundamentado em Marx, que busca compreender as contradições presentes nas relações sociais da sociedade. Como método de investigação, para encontrar respostas aos anseios da autora “A dialética trabalha com a valorização das quantidades e da qualidade, com as contradições intrínsecas às ações e realizações humanas (...)”. (DESLANDES, MINAYO e GOMES, 2009, p.24). E o google forms, que contribuiu para a computação dos dados coletados nos prontuários da UPA.

Para entender as contradições existentes na articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, e buscar maneiras de investigar e contextualizar a respeito dessas problemáticas, se faz necessário o uso do método dialético, que defende a classe operária e visa dar respostas as expressões da questão social. Para tanto, utilizou-se dos seguintes referenciais teóricos: SILVA (2008), IAMAMOTO e CARVALHO (1998), CRUZ (2005), SOUZA (2002), SALDIVA e VERAS (2018), SANTOS (2019), MACEDO (2013).

Para compreender e sanar tais dúvidas, o primeiro capítulo traz um breve histórico sobre a política de saúde no Brasil, como se constituiu nosso Sistema Único de Saúde, as leis que regulamentam o SUS, a trajetória da política de saúde no Brasil, do assistencialismo ao direito garantido através de lutas do povo brasileiro, como são divididos os níveis de atenção à saúde, e como surgiram as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS).

O segundo capítulo apresenta a demanda da UPA Noroeste, uma unidade que oferece serviços de urgência e emergência, mas que a princípio, tem um atendimento voltado para atenção primária. Para poder entender essa realidade, é necessária uma caracterização da região noroeste de Goiânia, como se deu a implantação da UPA Maria Pires Perillo, e quais são os desafios que a mesma enfrenta para sua efetivação. E por fim, é apresentado o resultado da pesquisa realizada no período de estágio de campo da autora, afim, de trazer o que de fato foi observado e comprovado. A princípio, o que chamou bastante atenção, foi a demanda da UPA, por se pensar em uma unidade de urgência e emergência, mas ao se deparar com um público que

obviamente pertence a atenção primária, tudo isso chamou a atenção da autora, que se mostrou pronta e determinada a desvelar essa contradição.

2 O SUS E SUA INTERFACE COM AS REDES DE ATENÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1. UM BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE A PARTIR DA DÉCADA DE 1980 E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: DA EXPECTATIVA À REALIDADE

A história da política de saúde no Brasil se assemelha muito a epígrafe acima de Nelson Mandela, quando anterior a efetivação do SUS, não era imaginável que a população seria capaz de buscar e lutar por seus direitos. Conquista essa que foi marcada por grandes desafios, com disputas de distintos projetos societários, e passou por várias transformações até chegar ao Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. De forma a resgatar este conteúdo que foi tão caro aos brasileiros, fazendo um percurso conceitual com vistas a responder o problema desta monografia.

Anteriormente à criação do SUS, na década de 1970, a assistência médica tinha como proposta a promoção da saúde adotada pelo Ministério da Saúde¹, baseado no modelo assistencial e não em forma de direito do povo. Propunham atender a população que não tinha condições financeiras de custear atendimentos médicos, por não possuir renda alguma e nenhum tipo de vínculo empregatício, os chamados indigentes.

O Estado não tinha compromisso algum com a assistência médica do povo, se desresponsabilizava por completo, não havia interesses políticos para tratar das necessidades básicas sanitárias daqueles que não possuíam vínculos empregatícios, ou seja, se o cidadão não trabalhasse e estivesse assegurado (carteira de trabalho assinada), não tinha direito a uma assistência médica de qualidade.

No entanto, este formato assumido pela política de saúde não levava em conta as condições da saúde do povo brasileiro, pois buscavam atender somente aos interesses econômicos, que ditavam as regras. Com o possível adoecimento do trabalhador a produção seria prejudicada. Momento em que a assistência médica se tornou interesse para o mercado. Como não havia participação do Estado, ou as

¹O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros. (Ministério da Saúde,2002) Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt>> Acesso em 23 set 2020.

empresas se organizavam para que seus empregados não parassem de produzir, ou corriam o risco de os trabalhadores faltarem o dia de trabalho.

Sendo assim, os assalariados recebiam assistência médica pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) entre o período de regime militar nos anos de 1974.

Com o desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que era uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam para a previdência social, ou seja, restrita aos trabalhadores (contribuintes), com carteira assinada. Tal modelo de saúde seguiu os padrões bismarckianos de proteção social, pois vinculava a saúde a uma contribuição prévia dos trabalhadores (Boschetti, 2006). Os demais eram considerados indigentes e atendidos somente em serviços filantrópicos. (SILVA, 2008, pg. 37).

O INAMPS foi um sistema de saúde brasileiro que tinha como proposta uma saúde curativa e não uma prevenção de rotina, sendo um sistema limitado, restando as casas de misericórdias, com o auxílio da igreja católica, prestavam serviços médicos através de curandeiros e religiosos porém, esse atendimento era voltado para a prática assistencial, ausente totalmente do conceito de direito social.

Em meados de 1980, a saúde permanecia fundamentada no modelo privatista. Através desta organização de assistência médica, vários médicos se organizaram e começaram a cobrar por consultas particulares iniciando um modelo de atendimento privatista. Todos no intuito de atender ao público trabalhador que crescia.

Portanto, prevaleceu nesse período uma concepção de saúde em que predominam condições precárias de trabalho, a lucratividade, o controle da força de trabalho, e, *nas medicinas de grupo*, a perspectiva higienista, curativa e privatista, evidenciada em medidas como, “financiamento a hospitais privados e credenciamento para compras de serviços e convênios com empresas”. (SILVA, 2008 p.37)

Contudo, a população passou a questionar esse modelo político de assistência à saúde, iniciando uma abertura aos debates, com o objetivo de exigir que o Estado responda os interesses da sociedade, então os sindicatos, os conselhos políticos, juntamente com o povo brasileiro, deram início ao Movimento Sanitário.

Com o fim da ditadura militar, logo em seguida, com a eleição que nomeou Tancredo Neves, o povo pôde clamar por justiça e exigir que a saúde deveria ser para

todos, não somente para os que contribuíam para a previdência social, visto que o adoecimento do povo se dava também pela ausência de condições financeiras de custear uma saúde de qualidade, não somente aquela saúde curativa, mas também uma saúde preventiva. Essa luta, teve seu marco principal durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que contou com estudantes, trabalhadores, pesquisadores, representantes sanitaristas e um expressivo número de participantes da sociedade civil.

A 8ª Conferência teve como proposta uma mudança no novo modelo assistencial vigente, um novo conceito de saúde, uma organização dos recursos de saúde, tirando então o INAMPS da Previdência Social, e trazendo-o para o Ministério da Saúde, de forma a oferecer uma saúde para todos, e não somente para aqueles trabalhadores contribuintes. Através da 8ª Conferência, foi possível uma junção de uma saúde curativa à uma saúde preventiva, junção essa obtida somente na Constituição Federal de 1988.

Como o próprio nome aponta, foi necessário que houvesse uma reforma, vários médicos e profissionais da área da saúde começaram a debater sobre o que de fato significava saúde para a população. O evento contou com um dos maiores sanitaristas da época, o médico Sérgio Arouca que comandou uma instituição denominada Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)², que deu vida ao Partido Sanitário.

Em 1986 ainda com vestígios da ditadura militar no Brasil e as lutas contra esse modelo político, deu início ao Movimento da Reforma Sanitária, onde grupos de médicos estavam preocupados com o modelo de assistência médica adotado na época, pois, aqueles que mais precisavam de uma política de saúde, não tinha acesso a ela.

A Reforma Sanitária, abre as portas para este debate onde a saúde não é mais vista como meio curativo e sim como um modelo preventivo e contínuo, e principalmente de acesso a todos, independentemente de contribuição, de vínculos empregatícios, e das condições financeiras, qualquer cidadão brasileiro deveria por direito ter acesso a saúde no Brasil.

² A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672>. Acesso em 23 set 2020.

Esse foi o grande objetivo da Reforma Sanitária, não era apenas o sistema que necessitava de mudanças, mas todo o setor da saúde. Os profissionais observaram que a população precisava ser mais bem assistida e garantindo assim melhores condições de vida.

Como resposta da Reforma Sanitária, após um ano de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi criado o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), concebido como:

(...) um sistema unificado, caracterizado pela pluralidade de sistemas adaptados às respectivas realidades locais, mas possuindo, todos eles, pontos comuns de agregação que permitiam a sua unificação em um sistema maior. Esses pontos de agregação deveriam ser compatíveis com as funções desenvolvidas pelo sistema, que tinha como atribuição corrigir as distorções, reduzir as desigualdades, promover um desenvolvimento equilibrado em sua área de ação, fornecer serviços e desenvolver ações que extrapolem a capacidade ou a possibilidade de ação dos sistemas locais (BRASIL, 1987).

O SUDS implantado em 1987 era um dos modelos de convênios, porém com apenas uma diferença, tinha por objetivo unificar o INAMPS com a Secretaria da Saúde dos Estados. Dessa forma o Estado passou a se comprometer com as questões voltadas para a saúde pública, trazendo um modelo universal e não apenas previdenciário.

Dessa forma, cada estado era responsável por distribuir verba aos hospitais, para que toda a população tivesse acesso aos serviços de saúde. Esta era a marca que diferenciava, o SUDS, do SUS, por ser descentralizado por estados, e não pela União.

Em 1988 foi criado o SUS, pela Constituição Federal Brasileira de 1988, determinando que o Estado tem como dever garantir saúde a toda população brasileira, independente de raça, opção sexual, status social, religião etc. Todo e qualquer brasileiro teria direito ao SUS, sendo o Brasil o único país a possuir um sistema como esse. O orçamento do SUS é pactuado entre os três entes federativos: governo federal, estadual e municipal com percentuais e responsabilidades distintas.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 avançou no que se refere a inclusão e ampliação do conceito de direitos sociais expressos na Seguridade social³ enquanto direito social e proteção social, como estabelece o art.194 da CF de 1988.

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

No Brasil, a seguridade social é composta por três políticas sociais: saúde, previdência social e assistência social, se caracterizando como uma das maiores conquistas da Constituição Federal de 1988, pois reorganiza o acesso as referidas políticas que são por direito constituídas.

Diferente da saúde e da assistência social, a previdência social permaneceu com o modelo de seguro social continuando com a contribuição dos trabalhadores, que através de um desconto efetuado em seus salários mensalmente, lhes garantem:

- I - Cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;
- II - Proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- IV - Salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;
- V - Pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no 2º. (CF.1988)

Já as políticas de saúde e a assistência social, seguiram os modelos keynesianos⁴, reivindicavam ao Estado participação tanto na economia, quanto na sociedade, e que ele assegurasse que seus direitos e suas necessidades fossem

³ No Brasil, a seguridade social pode ser descrita como um conjunto de políticas públicas que visa o bem-estar do cidadão, este conjunto é formado por três principais serviços: saúde, assistência social e previdência social. Sendo assim, o tripé da seguridade social, em conjunto, visa garantir o direito bem-estar, amparo e justiça social a todos cidadãos. (CF, 1988)

⁴ É possível afirmar que o pacto keynesiano é viabilizado a partir de uma situação-limite para o movimento operário: o vácuo das direções nacionais e internacional, com um projeto econômico político claro e independente; e o corporativismo que decorre daí e remete o movimento ao imediatismo dos acordos em torno da produtividade, sobretudo do setor monopolista, sem nenhuma visão da totalidade e da solidariedade e de classe” (BEHRING, 1998, p.173).

atendidos, mesmo que os interesses econômicos sobressaíssem, foi instituído pela Constituição de 1988 que todos os cidadãos brasileiros tivessem acesso a saúde pública, conforme estabelece o SUS.

A política de assistência social conforme estabelece o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) tem por objetivo garantir proteção social a todo e qualquer cidadão que dela necessitar, dando suporte às famílias, à comunidade, por meio de serviços, projetos e programas, como por exemplo o Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁵ que apoia as famílias que não tem condições de trabalhar, ou de sustentar seus familiares.

Como política de proteção social, a assistência social garante uma segurança de sobrevivência, de rendimento, de autonomia, de acolhida, de convívio e de vivência familiar. Tais benefícios, não são recebidos como meio de caridade, mas sim como direito, todo cidadão tem o direito de ter uma vida digna, uma casa digna, uma alimentação digna, e a assistência social, é a política que busca a garantia desses direitos, para melhor explicar,

é preciso reafirmar a centralidade do trabalho e seu valor para a constituição do ser social. Transformar o trabalho em mercadoria e superexplorá-lo é uma realidade da sociedade capitalista, principalmente no quadrante da América Latina, que ao instituir as formas de opressão e acumulação exigiu que a classe trabalhadora fosse em busca de proteção contra os efeitos dessa superexploração. Esse é o campo da proteção social, que ao se referir ao trabalho protegido associa-se ao seguro social, e ao dirigir-se àqueles que não estão contemplados nessa relação pode criar mecanismos de reiteração de subalternidade. (COUTO, 2015, p.668)

Mesmo se referindo a política de proteção social, vivemos em um sistema capitalista, um modelo de exploração, quando a força de trabalho se torna mão de obra barata em troca de subsistência, como meio de sobreviver a esse sistema, se percebe a necessidade de políticas de proteção social, como a assistência social regulamentada pela lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993, para garantir os direitos dos cidadãos, de terem uma qualidade de vida melhor, em meio e esse sistema capitalista.

5 O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Para ter direito, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário-mínimo. Por se tratar de um benefício assistencial, não é necessário ter contribuído para o INSS para ter direito a ele. Disponível em: <<https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencia-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/#:~:text=Garantia%20de%20um%20sal%C3%A1rio%20m%C3%ADnimo.com%20defici%C3%AAncia%20de%20baixa%20renda>>. Acesso em 23 set 2020.

Retomando a discussão anterior, a década de 1990 inicia com a regulamentação do SUS, por meio da Lei Orgânica de Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990, reforçando sua universalidade e a legitimando em outros princípios como a equidade, a descentralização, integralidade e a participação social, que se efetivou em 28 de dezembro de 1990 com a promulgação da Lei nº 8.142/1990 que rege sobre a participação da sociedade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Entretanto, os desafios tomam conta do Brasil na década de 1990 com a implantação do projeto neoliberal durante o governo do ex-presidente Fernando Collor de Mello, que após o período ditatorial, abriu as portas da economia brasileira para o neoliberalismo, trazendo a possibilidade de privatizações das empresas públicas, ao mesmo tempo em que reforçava a mercantilização da saúde, da educação e da previdência, entre outros, com o objetivo de concentrar rendas, causando inúmeros desempregos, e um aumento da pobreza no Brasil, como aponta Alves (2002),

A "década neoliberal" teve início com uma profunda recessão decorrente do Plano Collor I. Em fevereiro de 1990, a economia brasileira foi atingida pelos fracassados Planos de estabilização do Brasil Novo, os planos Collor I e II, que conduziram o país a uma profunda recessão (1990-1992), com o PIB acusando uma queda acumulada de quase 10% entre 1990 e 1992. Comprometido com a política neoliberal, Collor de Mello deu início à abertura comercial, via eliminação de barreiras não-tarifárias às compras externas e progressiva redução das alíquotas de importação. Cabe salientar que essa estratégia teve início quase no apagar das luzes do governo Sarney em 1988, sendo mantido pelo governo Collor e aprofundado em 1994, antecipando os acordos fixados no âmbito do Mercosul, rumo à adoção da Tarifa Externa Comum e aderindo aos requisitos definidos pelos movimentos pró-liberalização comercial da OMC (Organização Mundial do Comércio). (ALVES, 2002).

No que se refere ao projeto neoliberal, que reforça o modelo privatista, de negação dos direitos sociais, acarretou um desequilíbrio nos cofres da previdência, justificados pelo aumento de pessoas desempregadas, informais, exigindo assim maior intervenção do poder público dentre outros aspectos, pois, havia um financiamento que custeava os serviços de saúde, através da contribuição dos trabalhadores assalariados, que mensalmente, eram descontados uma parte de seus salários, e administrados pela previdência, com a universalização do SUS, houve uma crise entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, pois a Previdência não mais passaria recursos financeiros para custear a saúde, já que não

eram somente os assalariados que poderiam utilizar os serviços de saúde e sim todo e qualquer cidadão.

Sendo assim entre os anos de 1993 e 1994 foram de grandes desafios para o SUS, na garantia do que estava previsto na Constituição sem a verba disponibilizada pela Previdência, referendada aqui pelo texto do Ministério da Saúde (2002):

(...)a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que, a partir de maio de 1993 e, portanto, pouco antes da sua extinção (em 27 de julho de 1993), o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar para o Ministério da Saúde recursos da previdência social criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária. (BRASIL, 2002)

Após a retirada de verba que era repassada da Previdência Social, para o Ministério da Saúde, o financiamento do SUS passou a ser de responsabilidade do Fundo Nacional, com repasses aos Fundo Estadual e Fundo Municipal, regulamentado a partir da Portaria GM N° 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamentou a NOB (Norma Operacional Básica) SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças e definiu a sistemática de financiamento. No ano 2000 o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde, começou a implementar o processo de descentralização dessa área (BRASIL, 2002)

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), a verba sai do Fundo Nacional é repassada ao Fundo Estadual que repassa para o Fundo Municipal, e chega as Unidades de saúde, diante disso existe uma divisão de responsabilidade e uma retirada de responsabilidade da União.

Com essas referências, afirma-se que a política de saúde sempre enfrentou diversos desafios no contexto brasileiro, com lutas da classe trabalhadora, de sanitaristas, políticos, dentre outros. E com o projeto neoliberal que tinha como proposta combater o modelo keynesiano, propondo ainda um capitalismo mais selvagem, abrindo as portas para o comércio externo, já não tinha mais o interesse do Estado em administrar o SUS, ficando a deriva de novos planos de saúde, que também foram comercializados, iniciando então uma precarização do SUS, tornando-o um serviço de baixa qualidade, e convencendo a população de que o SUS não mais atende aos anseios do povo. O SUS se torna então precário, como serviço destinado somente a população pobre, fazendo com que os trabalhadores do SUS também se

sintam inferiores, e impactando na sua qualidade, indo contra o que determinava na constituição.

O sistema capitalista ganha mais força e com isso

A reprodução ampliada do capital é acompanhada não só de uma reprodução ampliada das relações de classes, à proporção que o proletariado absorvido pelo capital se expande; mas esta reprodução da relação social é também uma reprodução dos antagonismos de classe que tendem a se aprofundar. A acumulação da miséria é proporcional à acumulação do capital. (IAMAMOTO; CARVALHO, 1998, p. 62)

Ou seja, é necessário para o capitalismo que a população se renda a ele, não questione seus métodos e com a precariedade dos serviços, inclusive os serviços de saúde, a população se submeta a viver a serviço do capital, não percebendo o caos que o mesmo traz, não questionando suas facetas e ainda por cima, se convence de que o neoliberalismo é necessário, e que o 'nosso' (grifo da autora) Sistema Único de Saúde realmente não vos atende, tornando-o um programa inválido, e indo contra toda luta que trouxeram para a sociedade essa grande conquista.

Dessa forma, o Estado se desresponsabiliza cada vez mais de seus deveres, partindo para uma política privatista, onde o SUS está à deriva desse sistema, trazendo grandes riscos a quem dele necessita, mascarando de forma discreta suas intenções, sem que o povo perceba e questione esse sistema explorador e causador das diversas expressões das questões sociais⁶.

Para melhor entender os serviços de saúde, e como esse serviço vem se tornando precário, por falta de investimento do Estado, falta ou pouco profissionais da área da saúde, ausência de equipamentos de qualidade, dentre outros que acabam desencadeando superlotações. Para tanto, deve-se compreender também seus níveis, os quais serão apresentados no próximo item.

2.2 Os níveis de atenção aos serviços de saúde: primária, secundária e terciária

⁶ A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (CARVALHO e IAMAMOTO, 1983, p.77).

Como apresentado no item anterior o SUS se organizou de tal forma a atender o cidadão em todas as fases da vida, para tanto exigiu uma organização estrutural, então foram criados três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária, que juntos formam um grupo organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷, para restaurar e manter a saúde dos cidadãos.

A Atenção Primária é responsável pela porta de entrada do SUS e tem como principal unidade as Unidades Básicas de Saúde - UBSs, como método preventivo para oferecer uma proteção à saúde, reduzindo riscos de doenças. Além de um atendimento de qualidade e humanizado, as UBSs também trabalham com um acompanhamento domiciliar, para que o paciente se sinta mais seguro, com profissionais capacitados que garantam uma atenção integral à saúde.

A atenção primária a saúde tem o dever de tratar a maioria dos agravos, otimizando o fluxo de pacientes tanto nas UBSs, quanto em níveis mais complexos, é o atendimento inicial, objetivando a prevenção de doenças, tratando casos mais simples e direcionando os mais graves ao nível secundário, seu maior programa é o Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca promover a qualidade de vida brasileira.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES),

(...) amplia o acesso e fortalece a atenção primária por intermédio de repasse de incentivo financeiro quadrimestral aos municípios para manutenção das ações e serviços pertinentes a esse nível de atenção, tais quais: estratégia de saúde da família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipes de saúde bucal. Em relação a infraestrutura, visa garantir a existência de equipamentos permanentes mínimos para funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e para execução do conjunto de ações propostas para a atenção primária à saúde. Os potenciais beneficiários dessa política devem ter sido contemplados nos anos de 2012 a 2014 com incentivos financeiros estaduais para construção de UBS de acordo com o projeto modelo de unidade divulgado pela Secretaria.

⁷ Essa sigla significa Organização Mundial da Saúde, criada em abril de 1948, com o objetivo principal de garantir que todas as pessoas do planeta tenham acesso ao mais elevado nível de saúde. É um organismo multilateral que surge no cenário pós-segunda guerra mundial, justamente com a criação da Organização das Nações Unidas, a ONU. Disponível em: <epsjv.fiocruz.br/podcast/policast-entenda-como-funciona-a-oms#:~:text=A%20OMS%20define%20novo%20protocolo%20sobre%20uso%20de%20máscaras.&text=Essa%20sigla%20significa%20Organização%20Mundial,mais%20elevado%20nível%20de%20saúde>. Acesso em 23 set 2020.

As Unidades Básicas de Atenção à Saúde são responsáveis por oferecer esse atendimento de Atenção Básica, com um planejamento estratégico visando melhorar a qualidade de vida da população, com um atendimento qualificado, salas de observação para quadros clínicos mais críticos, classificação de risco para determinar o grau de gravidade de cada paciente, otimizando o trabalho das equipes multidisciplinares para que se possa oferecer um atendimento qualitativo para com a população.

A atenção primária à saúde denominada de atenção básica de saúde, além de ser um nível de atenção no sistema de saúde regional, pode ser compreendida, em outras dimensões, como uma estratégia para alcançar o aumento na cobertura e acesso às ações de saúde para o conjunto da população, ao reformular e reorganizar os recursos, o que potencializa a ação e os resultados dessa base e, desse modo, tem implicações na composição e função dos demais níveis de serviços ofertados. Em geral, alocada em Unidades Básicas de Saúde, (UBS), ele representa a porta de entrada do usuário do SUS e deve servir a um determinado grupo populacional que mora ou trabalha na sua área geográfica de abrangência. (SANTOS, p.86, 2010).

Sendo assim, a atenção primária é fundamental para oferecer serviços que possam atender a maioria dos casos de prevenção de doenças, onde se localiza o campo de atuação das Estratégias em Saúde da Família⁸, tratando dos problemas mais frequentes da população. Com foco não somente na doença, mas principalmente no cidadão, que ele possa fazer consultas e exames de rotinas, como meio preventivo e não somente curativo. O principal objetivo da atenção primária, é manter um vínculo com a população, e promover uma qualidade de vida para eles, onde se possa identificar vários casos de doenças, a tempo de um tratamento, para tanto,

à expansão da ESF, passaram a ser de responsabilidade desse departamento, a saber: coordenações nacionais de prevenção e controle da tuberculose e outras pneumopatias, de controle de hanseníase e outras dermatoses, de controle das doenças reumáticas, de controle do diabetes mellitus, de controle das doenças cardiovasculares/hipertensão, de saúde bucal, de vigilância alimentar e nutricional, e de assistência farmacêutica. (MENDES; MARQUES, p. 902, 2014).

⁸ É o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da Estratégia Saúde da Família busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover os acessos aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre as equipes e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na saúde local. Disponível em: <<http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>>. Acesso em: 03 out 2020.

Nesse contexto, a ESF, tem a responsabilidade de orientar e organizar o SUS, buscando tratar a maioria dos casos de doenças, porém não se tem verba o suficiente para suprir essa proposta, e a gestão do SUS também necessita de melhoria, pois se espera que a atenção básica consiga preencher as lacunas dos problemas de saúde no Brasil, e promover uma saúde preventiva, mas na UPA Noroeste, se percebe uma contradição, evidenciando problemas nas articulações entre os níveis de atenção à saúde.

O próximo é o nível de Atenção Secundária composto por serviços especializados oferecidos em hospitais, ambulatórios e Unidades de Pronto Atendimento – UPAS como método de acolhimento, ou seja, a Atenção Secundária recebe as demandas do nível de Atenção Primária, para uma tratativa mais elaborada, com mais estrutura e melhores especialistas, possui vários modelos:

Os tipos de atendimentos realizados na atenção secundária compreendem consultas ambulatoriais de especialidades médicas e odontológicas, atendimentos de urgência e emergência, atendimentos em saúde mental, certos tipos de exames laboratoriais e de imagem e cirurgias. A realização dessas práticas é viabilizada pelo uso de prontuário eletrônico, agenda informatizada e transporte de pessoas em situação de risco (SAMU e ambulância da UPA). (ERDMANN et al., 2013).

Atuando com tratamento de média complexidade, a Atenção Secundária possui em suas unidades equipamentos para realização de exames mais detalhados como exames de imagem, laboratoriais, e profissionais capacitados para atender pacientes com quadros de doenças agudas ou crônicas.

Por fim, mas não menos importante temos o nível de atenção terciária, que oferece um atendimento de alta complexidade, como por exemplo: hospitais de grande porte, que possuem centros cirúrgicos, atendimentos especializados em oncologia, transplantes, partos de alto risco, dentre outros. sendo assim, o nível de atenção terciária é responsável por atender a quadros clínicos mais complexos, que não podem ser tratados nos níveis de atenção primária e secundária.

Espera-se que a atenção primária atenda uma maior quantidade de pessoas, sendo que ela recebe a menor porcentagem de verba!!! A lógica de que a atenção primária receba menos verba é realmente correta, tendo em vista vários fatores como as questões culturais, econômicas e regionais, trazendo uma série de desafios, com

grandes desfalques, o baixo financiamento direcionado das prefeituras para a atenção primária, e a falta de compromisso acaba por comprometer toda estrutura do sistema de saúde, sendo assim, os serviços de saúde das UBS ficam prejudicados, por isso,

(...) o fluxo de pacientes entre a atenção básica e níveis mais elevados deve merecer especial atenção para que os brasileiros tenham mais saúde. Ao contrário do planejado, frequentemente os pacientes que chegam às Unidades Básicas de Saúde (UBS) são prontamente encaminhados para serviços mais complexos, seja por inabilidade, seja pela ausência de equipe completa e especializada - notadamente o médico generalista -, seja por falta de infraestrutura. Muitas vezes o próprio paciente procura diretamente prontos-socorros e hospitais contribuindo para a superlotação desses serviços. Uma vez nos níveis mais complexos, dificilmente o paciente crônico é reencaminhado à atenção básica e realiza seu tratamento por completo no sistema secundário durante longo período, uma contribuição adicional para a superlotação da atenção secundária. (SALDIVA e VERAS, 2018)

Contexto este que impulsionou essa pesquisa, pois se a atenção primária recebe menos verba para sua efetivação, os atendimentos vêm se concentrando no nível de atenção secundária, causando superlotações na UPA. Na tentativa de encontrar respostas faz-se necessário compreender o serviço das UPAS, que será a próxima discussão.

2.3 As Unidades de Pronto Atendimento - UPAS: compreendendo esta nova proposta

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) foram criadas em 2002, são unidades de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e as unidades de urgências e emergências hospitalares, esse conjunto entre UPAS e UBS, compõe uma rede de Atenção às Urgências, contribuindo para a diminuição de filas nos pronto-socorro dos hospitais. As UPAS possuem uma estrutura melhorada, que oferece equipamentos que possibilitam realizar exames como: Raio X, eletrocardiograma, exames laboratoriais e leitos de observação.

Sendo assim,

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. (BRASIL, 2000).

Com todos esses componentes, as UPAS devem tratar da maioria dos casos que recebe, sem que tenha que encaminhar os pacientes para uma internação em um hospital mais equipado, isso só ocorre em casos extremamente graves, onde a UPA não pode mais intervir. Seu funcionamento é de 24 horas, todos os dias da semana, por se tratar de uma unidade de urgência e emergência, e atende situações como: cortes, fraturas, traumas, início de infarto dentre outros.

Segundo o Ministério da Saúde, a UPA:

Presta atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e presta o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos pacientes que necessitem de atendimento, mantém pacientes em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminham aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial. (BRASIL, 2000).

Como porta aberta, as UPAS recebem todos os tipos de pacientes, porém é realizado uma classificação de risco⁹ para identificar o grau de urgência em cada atendimento, através dessa classificação os pacientes são encaminhados para seus respectivos tratamentos, aqueles que são classificados de vermelho e/ou amarelo, são considerados pacientes que precisam de atendimento mais rápido, ou seja, de urgência e emergência, já aqueles que são classificados de verde e/ou azul, são considerados pacientes estáveis, que podem aguardar por mais tempo ou serem encaminhados para as UBS.

Diante disso, as UPAS são extremamente importantes aos que buscam atendimentos pelo SUS, pois intermediam atendimentos entre as UBS e os Hospitais, tratando os pacientes que como mencionado acima sofreram acidentes, ou tiveram cortes pelo corpo, ou até mesmo um início de infarto, e também tem por objetivo diminuir as superlotações nas unidades de urgência e emergência e até mesmo dos hospitais. Atualmente, na região metropolitana de Goiânia há um total de 02 Unidades

⁹ A classificação de risco é uma ferramenta utilizada nos serviços de urgência e emergência, voltada para avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencaoasaude/comofuncionaosus/classificacaoderisco/#:~:text=A%20classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20%C3%A9,sa%C3%BAde%20ou%20grau%20de%20sofrimento>>. Acesso em 23 out 2020.

de Pronto Atendimento, a UPA Noroeste da referida pesquisa, e a UPA dr. João Batista de Sousa Júnior – UPA Itaipu, localizada no residencial Itaipu, no entanto esta monografia se propõe a discutir a UPA Maria Pires Perillo, local onde foi realizado o estágio supervisionado de Serviço social.

3 A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA MARIA PIRES PERILLO E SEUS DESAFIOS NA MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 Caracterização da região noroeste de Goiânia

O Estado de Goiás tem sua capital na cidade de Goiânia, região situada no centro-oeste do país. Sua construção se deu nos anos 1930, que começou a ser planejada por engenheiros que tinham por objetivo juntamente com o Estado, tornar Goiânia a capital de Goiás, para que isso se efetivasse, fez-se necessário a construção de grandes prédios nos centros da cidade, o interesse imobiliário foi se expandindo ao longo de décadas, e hoje Goiânia se torna uma referência de cidade de um porte médio, moderna, mas que guarda características e culturas regionais marcantes. Assim como em grande parte do país, algumas regiões não eram de interesse governamental, tampouco de grandes empresas ou de imobiliárias, e aquelas pessoas que não tinham condições de comprar uma casa no centro da cidade, começaram a invadir essas regiões que não eram construídas.

Para melhor explicar

A urbanização ganhou o caráter dual da ocupação regular, pontuada pela consolidação das diretrizes do plano urbanístico no tecido urbano e a irregular que conformou áreas periféricas, como a Região Noroeste de Goiânia, como núcleo social da classe desfavorecida e excluída das áreas centrais da cidade planejada. (SANTOS, 2019, p.1)

Essas áreas periféricas eram invadidas por pessoas que vinham das regiões norte, nordeste do país, a procura de melhores condições de vida, os trabalhadores das construtoras, também vinham de muito longe em busca de emprego, traziam consigo sua família, visto que ficavam até meses longe de casa, então passaram a residir em Goiânia, e a construir suas próprias casas, mas sem infraestrutura.

A ocupação da região Noroeste de Goiânia, por sua vez, se deu através de movimentos sociais, com uma quantidade considerável de pessoas de baixa renda, que não tinham onde morar, e buscavam na tão esperada Capital de Goiás, uma melhor oportunidade de vida.

Assim como dito anteriormente

a Região Noroeste se caracteriza como Área Especial de Interesse Social (AEIS) que apresentou “a respectiva mancha destinada a AEIS¹⁰, constante do Modelo Espacial do Plano Diretor, encontra-se espraiada e desassociada no tecido urbano”. Nesta região, ainda segundo o relatório as habitações são de menor porte e unifamiliares gerando um cenário predominantemente horizontal, além de ter sido área habitacional voltada a classe desfavorecida. (SANTOS, 2019, p.1 e 2).

Ou seja, através desses movimentos sociais, que vinculados a grande construção da cidade que atendia a classe burguesa, os menos favorecidos tinham que buscar por conta própria seus métodos para sobreviver. Ao se ocuparem nos centros da cidade, a população era vista como um problema que atrapalhava as construções, então os próprios imobiliários, expulsavam e direcionavam essas pessoas, para as regiões mais afastadas, como por exemplo a região noroeste.

De modo a esclarecer:

A ocupação da periferia da Região Noroeste de Goiânia se deu por meio de transformações físico-territoriais da cidade planejada, que, pela análise historiográfica da produção do espaço periférico, aconteceu simultaneamente à consolidação da capital como espaço urbano. (SANTOS, 2019, p.13)

Esses movimentos sociais foram fundamentais para a criação do bairro Jardim Nova Esperança no ano de 1979, que como o nome já diz, foi através das lutas, dos movimentos que se deu o surgimento desses bairros. As ocupações irregulares foram aumentando, chamando então a atenção dos governos, que tiveram que regularizar os lotes ocupados, levando iluminação, saneamento básico etc.

¹⁰ Denominam-se Áreas de Interesse Social - AEIS, para efeito de aplicação desta lei, áreas integrantes da Macrozona Construída, delimitadas com o propósito de promover, prioritariamente, a implantação de núcleos habitacionais para a população de baixa renda; regularização dos loteamentos ilegais e das posses urbanas situadas em áreas de domínio público ou privado, passíveis de regularização, abrangendo Área Especial de Interesse Social I - AEIS I, Área Especial de Interesse Social II – AEIS II e Área Especial de Interesse Social III – AEIS III. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/go/g/goiania/lei-ordinaria/2009/883/8834/lei-ordinaria-n-8834-2009-regulamenta-o-artigo-131-da-lei-complementar-n-171-de-29-de-maio-de-2007-referente-as-areas-de-interesse-social-aeis-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 24 out 2020.

E foi justamente a participação popular que impulsionou a implantação de equipamentos sociais, como as unidades básicas de saúde, escolas, igrejas, pequenos comércios e muito mais.

Como resposta as grandes lutas e reivindicações de moradias por direito, a prefeitura então transformou uma região que era rural, em uma região urbanizada, construindo cerca de 44 bairros, para 50 mil habitantes, através de programas de habitação social, isso se consolidou em 1970, 50 anos após a construção de Goiânia. Dentre esses bairros, o primeiro a ser construído foi a Jardim Nova Esperança, marcado por invasões e referenciado como marginalizado, concentrando a classe desfavorecida da cidade de Goiânia.

Mesmo fazendo o possível para reprimir esses movimentos,

(...) o Estado, por meio de uma política populista, articulou programas de habitação social como forma de atenuar os movimentos sociais (Movimento Popular de Moradia, que ganhou força nos anos 1980, e o Movimento Luta Pela Casa Própria, fundado em 1991) que ganhava força: “A força da nossa organização e mobilização está fazendo os políticos enxergarem a nossa necessidade de ter o nosso lugar definitivo para morar. E é continuando a nossa luta com União e Firmeza que venceremos” (Boletim Informativo da União das Invasões, 1982, p.4). E a ‘problemática’ das ocupações de vazios urbanos. O Estado age por meio de programas de habitação popular como o SFH (Sistema Financeiro de Habitação), o BNH (Banco Nacional de Habitação), ambos criados em 1964, a CEF (Caixa Econômica Federal), em 1986, e AGEHAB (Agência Goiânia de Habitação), em 1999, cujos projetos foram usados para realocar a população de baixa renda. (SANTOS, p. 18, 2019).

Através dessas políticas, perpetua a fatídica ideia de que a população pobre deve residir afastado do centro da cidade e suas necessidades também se afastam do poder público. A princípio, a cidade de Goiânia foi planejada para atender aos caprichos da burguesia, deixando de lado os menos favorecidos, que não possuíam condições financeiras de garantir sua própria moradia, não tendo outra opção a não ser ocupar esses espaços que não eram de interesse imobiliário.

No contexto histórico que caracteriza região noroeste de Goiânia, se percebe que a voz do povo é primordial para a conquista de direitos, pois o Estado tem interesse em atender a classe burguesa, e o povo através de lutas e reivindicações, tem o poder de exigir o que é seu por direito, fazendo com que o Estado crie políticas públicas de proteção social para a garantia desses direitos. O que acarreta grandes desafios, como aponta o próximo item.

3.2. Os desafios da efetivação dos serviços da UPA Maria Pires Perillo com a população moradora na região noroeste

Segundo o jornal Folhaz.com, (2015), a Unidade de Pronto Atendimento Maria Pires Perillo (UPA Noroeste), foi inaugurada no dia 14 de setembro de 2015, no setor Jardim Curitiba I em Goiânia-GO, com a presença do então governador Marconi Perillo, que homenageou sua falecida mãe, por isso se deu o nome de UPA Maria Pires Perillo, o que não faz nenhum sentido, visto que a mãe do ex-governador nem se quer frequentava a região noroeste, temos um ato de coronelismo, onde quem está no poder nomeia uma unidade presente em uma realidade paralela a de quem estava por governar.

A UPA Noroeste foi a segunda UPA entregue na gestão do ex-prefeito Paulo Garcia, sendo a primeira localizada no Setor Residencial Itaipu. Segundo Paulo Garcia em 2015:

“O que diferencia uma UPA de um Cais é que ela tem um centro cirúrgico. Portanto, procedimentos de pequeno porte poderão ser realizados na própria UPA. Sem dúvida, estamos dando um grande passo na melhoria do atendimento à saúde da população da Região Noroeste” (GARCIA, 2015)

Devido a região noroeste ser uma das maiores regiões da cidade de Goiânia, com 44 bairros (SANTOS, p. 2, 2019), a UPA tem por objetivo promover mais qualidade nos serviços e saúde da região.

Para atender aos propósitos de sua construção, a UPA conta com 7 consultórios médicos para atendimento em caráter de urgência, contando com as especialidades: clínicos gerais e ortopedistas, 1 consultório odontológico, 20 leitos, e capacidade para realizar exames como, raio x, laboratoriais, eletrocardiograma, hidratação venosa e sala de curativos. Com uma superestrutura, a fim de trazer um melhor atendimento para a região noroeste, visto que a mesma substitui o antigo CAIS Jardim Curitiba.

Como apontado acima, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Maria Pires Perillo da região Noroeste de Goiânia, veio para consolidar a proposta do Ministério da Saúde, de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no Brasil. A referida UPA conta com 4 Assistentes Sociais, com escala de trabalho de 12x60, são trabalhadores concursados, graduaram a alguns anos e não buscaram por aprimorar

seus estudos, se tornando profissionais conservadores e de pouca luta, oposto ao que determina a profissão. As Upas estão no porte de média complexidade e intermedia o atendimento entre a rede básica de saúde e os hospitais.

De forma a compreender efetivamente e cumprir a proposta de estágio curricular obrigatório para a formação em Serviço Social, a partir do, no ano de 2018 e 2019, momento em que atentei para uma inconsistência quanto a sua demanda, por se tratar de uma unidade que faz parte de nível de atenção secundário, foi comprovado através das fichas de entrada da UPA (desde mesmo período do estágio) que os pacientes deveriam estar no nível de atenção primária, o que significa que a UPA está cumprindo um papel que não é dela.

A população moradora da região noroeste de Goiânia também não parece compreender o que de fato são esses níveis. Ao conversar com alguns moradores, durante uma ação de promoção a saúde, realizada por uma professora/supervisora de Serviço Social da PUC-GO, juntamente com estagiários do curso de Serviço Social e da Medicina, foi percebido o quanto muitos moradores da região são leigos, não sabem dos direitos que os mesmos possuem, passam muito tempo sem realizar um check up, pois como discutido, a espera por uma consulta nas UBSs são longas, e as etapas de níveis são ultrapassadas, as demandas do nível primário acabam se tornando demandas de nível secundário, levando a população a buscarem por atendimento nas unidades de urgência e emergência, como é o caso da UPA Maria Pires Perillo, sendo necessário que esses serviços de saúde de atenção primária sejam mais abrangente, pois

(...) em relação ao elemento população/território ainda há falta de clareza quanto ao tipo de serviço prestado nos pontos de atenção do nível secundário, principalmente no que se refere às Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Não raras vezes os usuários se referem às Policlínicas quando, na verdade, estão se reportando ao serviço oferecido pela UPA, utilizado por eles em emergências. Destacam-se, assim, a indefinição dos limites de acesso à UPA e a incompreensão da população em relação à função e aos serviços da atenção secundária, situados em uma mesma unidade predial (ERDMANN et al., 2013).

Com as observações realizadas durante o estágio supervisionado percebi a relevância em compreender a função da UPA, assim que foi identificado o perfil dos usuários da Unidade de Pronto Atendimento Noroeste com a intenção de analisar acerca dos motivos que levam os usuários a buscarem em sua maioria atendimento em uma unidade de urgência e emergência.

De forma a problematizar, segundo dados do jornal O Hoje (2020), a região noroeste tem cerca de 5 mil moradores sem saúde da família, o motivo por trás da ausência em saúde da família está relacionado com a falta de médicos e medicamentos nas unidades básicas de saúde, o que responde a hipótese apresentada, a ausência na articulação entre a atenção primária e secundária, interfere diretamente na superlotação da UPA, trazendo consigo as demandas de nível primário para o nível secundário.

Outro ponto analisado, é a recente implantação da UPA, visto que em apenas 5 anos de sua efetivação, a mesma ainda busca por melhorias, o que reforça ainda mais a importância dessa pesquisa, que talvez apresentada aos seus gestores, possa contribuir para mudanças positivas, que possam otimizar o processo juntamente das demandas, direcionando esses usuários a atenção primária. Visto que por se tratar de uma classe trabalhadora, nem sempre a saúde fica em primeiro plano, com cargas horárias intensas, e o certo receio em apresentar atestados que justifiquem a ausência no trabalho por motivos de problemas de saúde, as unidades de urgência e emergência 24 horas acabam se tornando a primeira opção, ainda mais por oferecer um período noturno, que impede que os trabalhadores se ausentem de suas atividades remuneradas. São tantos estes desafios, que será apresentado de forma ilustrativa no próximo item.

3.3 Análise dos dados da pesquisa de campo na UPA noroeste de Goiânia

Nesse sentido, é importante pontuar que as mudanças ocorridas no SUS buscam trazer melhorias para o sistema e oferecer aos cidadãos brasileiros um serviço de saúde que prioriza a qualidade e eficiência, mas é necessário que as mudanças sigam as necessidades sociais dos indivíduos e que deem ao sistema agilidade e retornos reais tanto para os pacientes quanto para os profissionais da área de saúde, para que ambos sejam supridas no máximo possível.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, mas se entende que a Unidade de Pronto Atendimento – UPA realiza atenção às urgências e emergências consideradas prioritárias no âmbito do SUS. Sobre a atenção às urgências em saúde deve-se manter os princípios de equidade, universalidade e integralidade. Entende-se

que a demora na espera para a realização de procedimentos e exames diagnósticos, é um dos fatores que influenciam no tempo de permanência deste usuário na UPA.

Diante disso, com a análise dos dados e a contradição existente no tipo de atendimento realizado, percebe-se a necessidade de um aprofundamento sobre o perfil dos usuários na UPA Maria Pires Perillo. Em primeiro lugar o fluxo de atendimentos na unidade vem trazendo algumas problemáticas como, sobrecarga aos profissionais de saúde da UPA, que as vezes se desdobram para conseguir atender toda a demanda, apresenta um sistema de saúde precário, onde não se tem leitos suficientes para atender aqueles que precisam de melhores cuidados, e também traz mais ênfase as discussões presentes a respeito da privatização do SUS, que aparentemente não consegue suprir as necessidades da população.

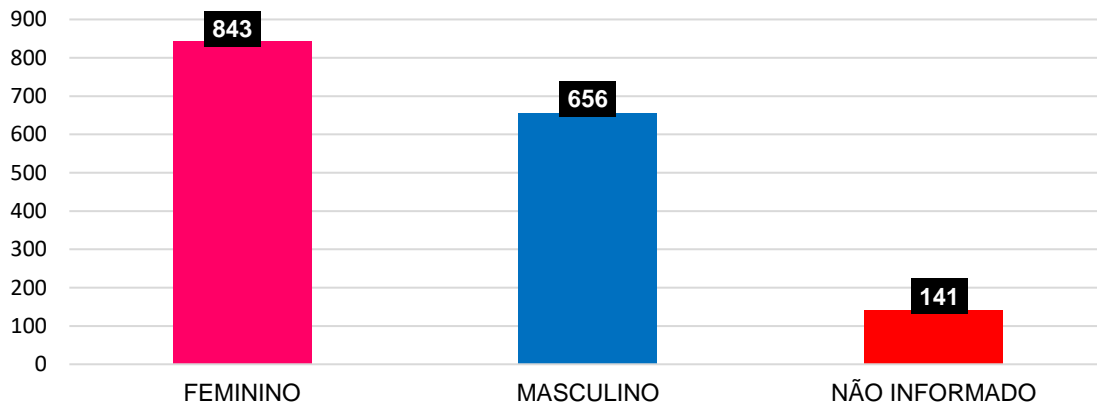
Para melhor contextualizar, os problemas de fluxo são interpretados pelo usuário como ineficiência e o induzem a não procurar diretamente a assistência básica. Por fim a desorganização do sistema de saúde impacta o perfil de adoecimento no Brasil e aumenta os gastos no setor, como exemplificado pelas elevadas taxas de diagnóstico de câncer em estágio avançado. Isso ocorre porque o paciente percorre um longo percurso até acessar o centro especializado e ser diagnosticado, demandando um serviço de custo muito superior ao custo dos tratamentos da atenção básica. O problema se reproduz também na assistência por planos de saúde, onde a atenção básica é praticamente inexistente e o usuário frequentemente procura diretamente um hospital independente da gravidade de seus sintomas. Ou, de forma alternativa, o usuário procura o hospital após dificuldades de agendamento com o especialista e exames relacionados. (SALDIVA; VERAS, 2018).

Como se pode perceber, é uma questão grave que exige cuidado, é comum ouvir dizer que pessoas morrem nas filas dos hospitais a espera de um atendimento do SUS, mas será que a atenção básica está dando suporte para o enfrentamento de agravos de doenças? Esse é um dos pontos de indagação à autora, temos um sistema universal, constituído, que oferece todo um planejamento, mas que infelizmente tem se tornado incapaz de cumprir seus objetivos.

A partir da pesquisa realizada com os dados contidos nos 1.640 prontuários dos usuários atendidos na UPA. O questionário foi inserido no formulário google forms, que possibilitou a contagem dos dados nos prontuários médicos da UPA. Foi feita a análise dos dados com os seguintes resultados.

Contudo, para melhor identificar os dados analisados nesta pesquisa, fez-se necessário a apresentação de gráficos para se ter uma visualização mais abrangente do assunto discutido anteriormente.

Figura 1 – Perfil dos usuários por sexo



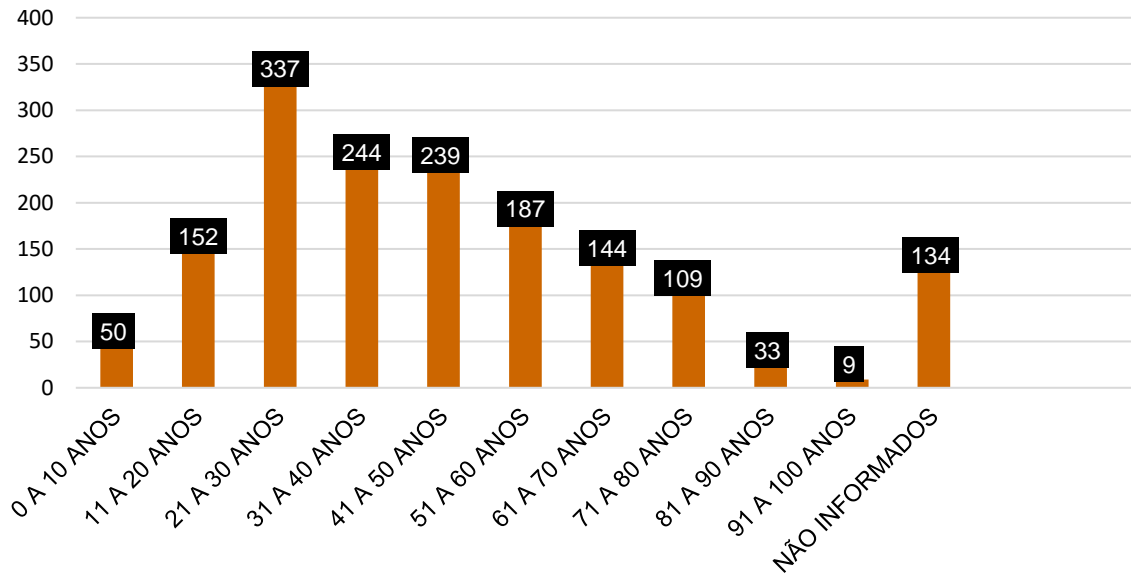
Fonte: Elaborada pela autora (2019).

O gráfico 1 aponta que as mulheres são as que mais buscam atendimento na UPA. De 1.640 pessoas atendidas nos meses julho, agosto e setembro de 2018, 843 foram mulheres em comparação aos 656 homens (141 não informaram o sexo). Os dados ressaltam que as mulheres têm adoecido mais que os homens. Ocorrência que se explica com diversos fatores.

Na contemporaneidade as mulheres têm buscado mais seu espaço na sociedade, conciliando a rotina de trabalho, as responsabilidades com a família, e até mesmo estudos ou qualificações profissionais. Isso mostra que as mulheres, por estar mais suscetível a diversas realidades, têm adoecido mais do que os homens, por conciliar várias atividades ao mesmo tempo, e isso desencadeia estresse, depressão, ansiedade, além de acidentes, dentre outros sintomas como foram observados nos prontuários da Upa.

Os homens historicamente não possuem uma rotina de cuidado preventivo, considerando a historicidade da sociedade, com velhos costumes que apontam que o homem deve trabalhar para cuidar das finanças, das despesas, e assim a saúde fica em último plano.

Figura 2 - Perfil dos usuários por idade

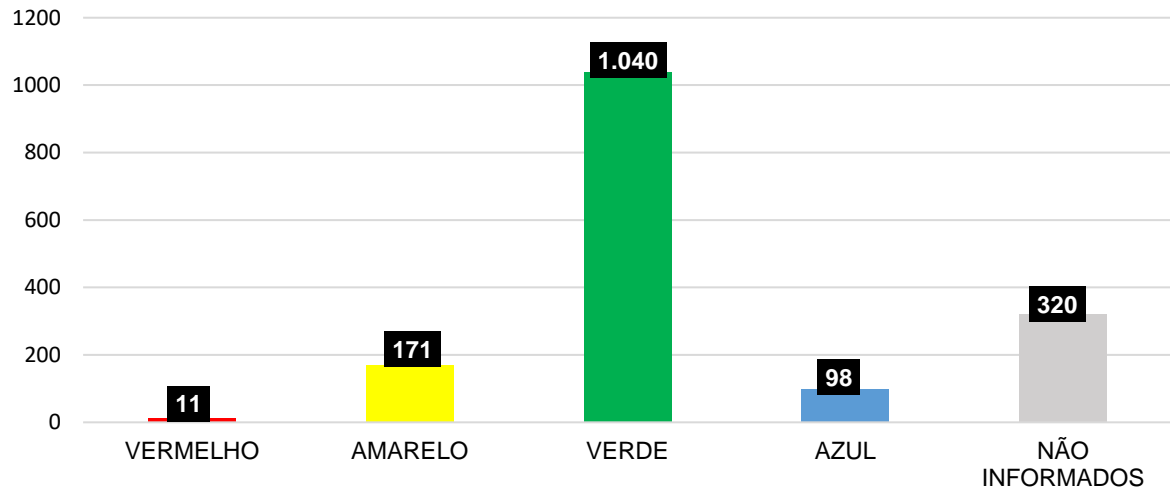


Fonte: Elaborada pela autora (2019).

O gráfico 2 mostra que de 1.640 pessoas que procuram atendimento na UPA, 337 tem a faixa etária entre 21 a 30 anos. Já as pessoas idosas, entre 61 a 70 anos, somente 144 pessoas procuraram a unidade de saúde.

Verifica-se que pessoas mais jovens são as que mais têm buscado atendimento. Por se tratar de uma unidade de urgência e emergência, a UPA recebe poucas pessoas idosas, isso chama muito a atenção, pois, de um modo geral este público recorre com mais frequência aos serviços de saúde. Todavia, por outro lado os idosos demonstram maior preocupação com sua saúde, já que em sua maioria trabalharam a vida toda, agora é tempo de cuidar da saúde e fazer consultas/exames de rotinas, buscando por sua vez a atenção primária. Diferente do trabalhador, que com sua jornada de trabalho, dentre outras responsabilidades, não encontram tempo para cuidarem de sua saúde.

Figura 3 – Classificação de risco que determina a gravidade

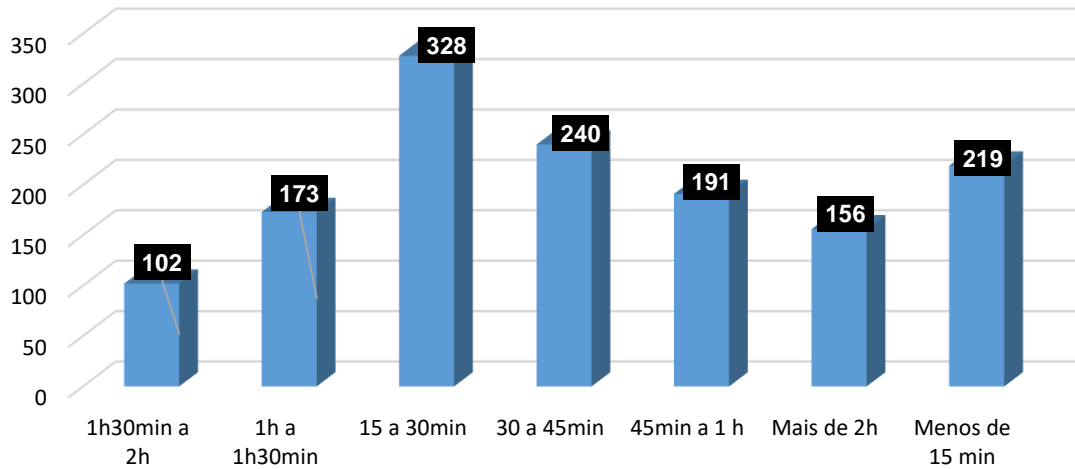


Fonte: Elaborada pela autora (2019).

O gráfico 3 revela que as demandas da UPA tem caráter de atenção primária e não de urgência e emergência, confirmando a hipótese da pesquisa de que o público atendido não corresponde à proposta de atendimento da unidade. A classificação de risco que predomina nos atendimentos realizados na UPA é a cor verde.

De 1.640 pessoas atendidas, nos prontuários do ano de 2018, 1.040 foram classificadas de risco verde, significando que o atendimento é pouco urgente, sendo caso para atendimento preferencial nas unidades de saúde de atenção básica. Confirmando então toda discussão, de que a demanda da UPA, vem a ser de atenção primária, em uma unidade de atenção secundária, e traz uma comodidade a essa população, que não percebe a necessidade de uma prevenção da saúde.

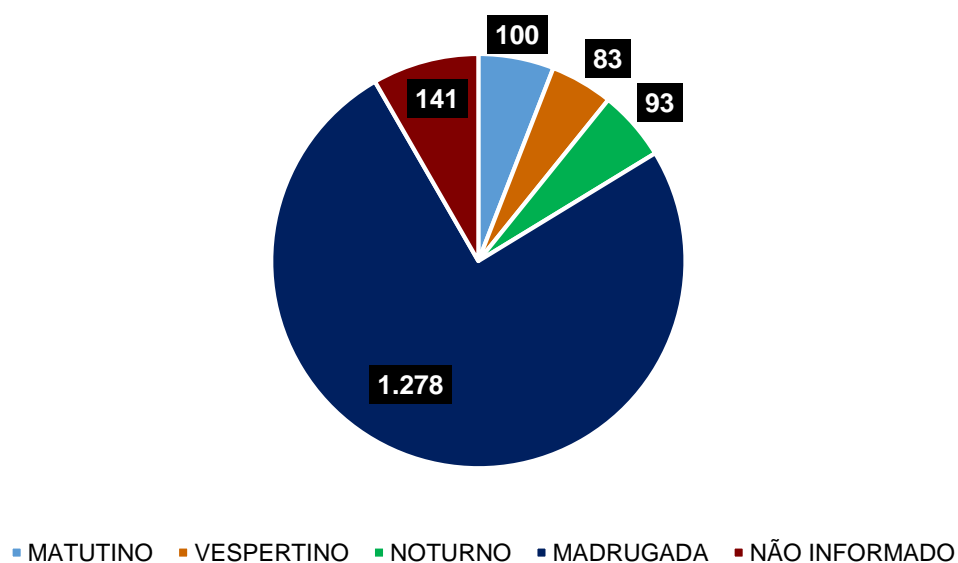
Figura 4 – Tempo de espera no atendimento



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

O gráfico 4 trata do tempo de espera e nele observa-se que para receber o atendimento na UPA, mesmo que a classificação de risco seja verde, o período de espera não é longo, predominando com 328 pessoas consultadas a espera de 15 a 30 minutos. Já 240 pessoas relataram uma espera de 30 a 45 minutos para o atendimento. E com menos de 15min de espera somam-se 219 usuários. Talvez seja esses uns dos motivos que levam os usuários a procuram atendimento na UPA, o pouco tempo de espera para receber o atendimento e ser medicado.

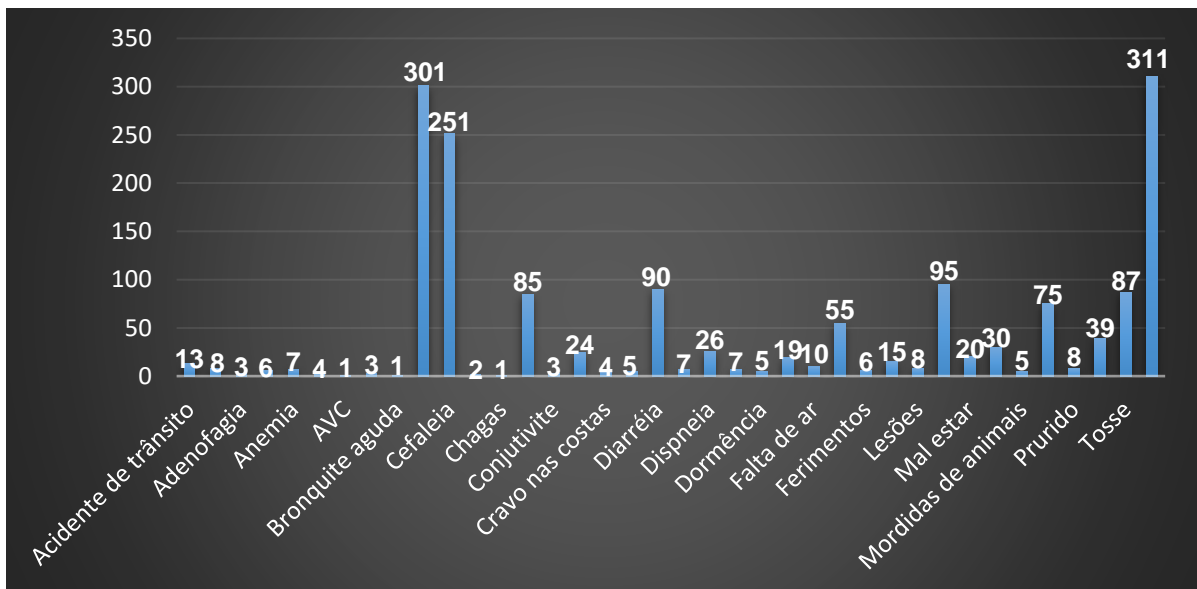
Figura 5 - Turno com maior fluxo de usuários



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Observa-se no gráfico 5 que o turno comum de chegada na UPA é durante a madrugada. Por ser uma unidade de urgência e emergência de 24 horas os usuários sabem que ao buscar atendimento sempre haverá médicos de plantão. Considerando o sistema capitalista em que vivenciamos, é comum que o período que tem um maior fluxo de demanda é no turno da madrugada, como o gráfico 2 aponta, os jovens são o maior número de usuários.

Figura 6 – Indicação clínica mais frequente



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Os resultados da pesquisa sobre as principais queixas que levaram os usuários a procurarem a UPA são demonstrados no gráfico 6 que apresenta 311 usuários que não informaram o motivo que os levou à unidade. O que também nos mostra as falhas da unidade no momento da coleta de dados dos usuários.

Entre as principais queixas apresentadas pelos usuários estão as dores no corpo por 301 usuários, cefaleia por 251 usuários, lombalgia 95 usuários, diarreia por 90 usuários, 87 usuários com tosse e 85 com cólicas. Já em casos de acidente de trânsito são somente 13 usuários, o que aponta novamente que a UPA, mesmo com seu caráter de urgência e emergência, fez atendimentos nos meses julho, agosto e setembro de 2019 de usuários que poderiam receber o atendimento nas UBSs a mesma maneira que receberam na UPA.

Apesar de não ter tido a oportunidade de adentrar ao assunto, como ele merece, os gráficos apontam detalhadamente o perfil dos usuários que buscam por atendimentos na UPA Noroeste, tanto na classificação de risco, quanto na indicação clínica, é possível perceber que a demanda da UPA é uma demanda de nível de atenção primária, e como a pesquisa traz, a UPA está no nível secundário. Vários fatores contribuem com essa contradição, e assim as pessoas continuarão por buscar atendimento nas redes de urgência e emergência, gerando um agravamento de doenças que nem sempre são descobertas em nível de atenção primário.

Assim, é de grande importância que se discuta sobre esse tema, e demais que atingem a região noroeste tendo em vista sua extensão, em tamanho e número de pessoas, além das múltiplas demandas existentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o contexto histórico da política de saúde, desde seus primórdios, até os dias atuais, logo se percebe a necessidade de lutar por um sistema de saúde mais integral e equânime, vista que 70% da população da região noroeste depende do SUS e 100% da população brasileira dependem do sistema público em algum momento de suas vidas, pois direta e indiretamente toda a população brasileira precisa dele, assim como a atenção que demanda do Estado é de extrema importância.

Estamos falando de um sistema que foi efetivado na Constituição Federal de 1988, ou seja, a 32 anos atrás. História esta, marcada por lutas, reivindicações do povo, clamando por seus direitos, e hoje em pleno século XXI, no ano de 2020, corremos um grande risco de perdê-lo. Temos no poder um governante que claramente administra visando atender as necessidades da classe burguesa, atendendo os privilégios do mercado. Além da pandemia de Covid-19, que atinge todo o mundo e não seria diferente para os brasileiros, todavia reforçou e deu visibilidade ao sistema público de saúde, o SUS, tendo tido papel relevante no controle da pandemia. Como a saúde pública (SUS) foi altamente necessária para acompanhar, delimitar e coordenar a doença.

Como demonstrado acima, a política de saúde no Brasil se encontra rodeada por uma série de problemas, desde a desresponsabilização do Estado, através de um projeto neoliberal devastador que reforça as privatizações e um povo que ainda não tomou consciência da seriedade e do poder do voto, e dependendo de sua decisão arriscam sua própria subsistência.

Existem excelentes propostas de políticas públicas em diversas áreas, mas falta investimento e interesse do Estado em manter a qualidade dessas políticas, assim o povo brasileiro, e goianiense, moradores da região noroeste de Goiânia, onde se realizou este estudo e localiza a referida unidade de média complexidade estudada, enfrenta sérios agravos, estamos falando de saúde pública, direito do povo, que está sofrendo ameaças de ser privatizada, e quem vai sentir de verdade é a classe trabalhadora.

Desta forma, concluo este trabalho respondendo o problema inicial, afirmando que a hipótese levantada, de que a ausência de articulação entre os serviços de

atenção primária, secundária e terciária, bem como a falta de consciência da população das facilidade de acesso e cuidados à saúde nas unidades básicas de saúde, o que, interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados pela UPA, fazendo com que a população não compreenda sua finalidade, foi respondida, como os gráficos apontam, a UPA tem recebido uma demanda de atenção primária, acarretando em todas problemáticas discutidas deste contexto.

Culturalmente, a população brasileira não se atenta à importância da promoção e prevenção da saúde, como apresenta o resultado da pesquisa. As unidades de urgência e emergência tem o perfil de atender as pessoas que se encontram em risco iminente de vida. Os demais usuários que procuram a unidade de emergência deveriam procurar as unidades básicas de saúde, próximas as suas residências, que tem uma equipe mínima composta por médico generalista, enfermeiras e agentes comunitários de saúde próximos às suas casas, para cuidarem de sua de sua saúde de forma preventiva com atividade de promoção e escuta qualificada de seus problemas, pois na urgência isto não acontece.

É com certa indignação que concluo esse trabalho, e com mais vontade de lutar por essa classe trabalhadora, que possui um Estado que precisa avançar em suas responsabilidades, por hora omissos de direitos do povo. Reafirmo aqui a relevância do trabalho dos assistentes sociais na política de saúde, apesar de não ser o tema desse estudo, não poderia finalizar afirmando o quanto esta profissão ao assumir a bandeira contra a privatização e por um SUS para todos contribui junto à sociedade, a ciência, aos movimentos sociais e lutas neste Brasil pode ainda reverter todo esse cenário.

Finalizo ainda, afirmando que esta discussão merece ser continuada, pois se tratando de desafios há muito o que se fazer por meio da luta para garantir direitos que estão resguardados pela Constituição Brasileira de 1988 e outras legislações que legitimam a Política de Saúde brasileira. O Estado é responsável em manter o atendimento a todos os usuários que buscam pelos serviços de saúde, com qualidade e respondendo as demandas advindas da população moradora na região noroeste.

De forma a apresentar esta pesquisa elaborada e contextualizada a gestão da UPA, se espera que a mesma possa fazer bom uso, e que os Assistentes Sociais trabalhadores da unidade, estejam mais presentes as problemáticas existentes, por se tratar da demanda da UPA, e da realidade da região noroeste de Goiânia,

apresentada neste trabalho, a fim de se pensar em novas políticas públicas que otimizem tanto os serviços dos trabalhadores da saúde, quanto a estes usuários que necessitam do SUS.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. Trabalho e sindicalismo no Brasil: um balanço crítico da "década neoliberal" (1990-2000). **Rev. Sociol. Polit.**, n.19, 2002.

BEHRING, E.R. **Política Social no capitalismo tardio**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, política pública e patrimônio do povo brasileiro**. 14ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Oficina Nacional de Planejamento no âmbito do SUS**. Redes de Atenção à Saúde. 2014.

COUTO, B.R. Assistência social: direito social ou benesse?*. **Serv. Soc. Soc.**, n.124, p.665-677, 2015.

CRUZ, M.M. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde**. 2005. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_760979750.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO, L.C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.8, 2013.

FOLHAZ. **UPA na região noroeste é inaugurada com presença de prefeito e governador**. 2015. Disponível em: <<https://folhaz.com.br/noticias/upa-na-regiao-noroeste-e-inaugurada-com-presenca-de-prefeito-e-governador/>>. Acesso em: 24 out. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Breve história do SUS e Acesso a verbas públicas por meio de projetos.** Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Ministério da Saúde.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo: Cortez, 1998.

IAMAMOTO, M. V. CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo, Cortez, 1983.

MACEDO, L.M.; MARTIN S.T.F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface**, v.18, n.51, p.647-59, 2014.

MENDES, Á.; MARQUES, R.M.. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v.38, n.103, p.900-916, 2014.

O HOJE. **Região noroeste de Goiânia tem 5 mil moradores sem saúde da família.** 2020. Disponível em: <<http://ohoje.com/noticia/cidades/n/181417/t/regiao-noroeste-de-goiania-tem-5-mil-moradores-sem-saude-da-familia>>. Acesso em: 14 set. 2020.

SALDIVA, P.H.N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estud. Av.**, v.32 n.92, 2018

SANTOS, D.B. **Cidade e história: a construção da paisagem da região noroeste de Goiânia.** Anais XVIII ENANPUR 2019. Disponível em: <<http://anpur.org.br/xviiienanpur/anaisadmin/capapdf.php?reqid=1138>>. Acesso em: 14 set. 2020.

SILVA, N.B. **Dificuldades e avanços na implantação SUS em Goiânia-Goiás no período de 1997 a 2004.** 2008. Dissertação (Mestrado) em Política Social. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília (UnB), Brasília-DF, 2008.

SILVA, V.L.S. **Os conselhos de saúde da região noroeste, sua interface com o conselho municipal e a inserção do serviço social na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - 1989 a 2009.** 2010. Dissertação (Mestrado) em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia-GO, 2010.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, v.40, n.108, p.204-218, 2016.

SOUZA, R.R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

ANEXO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
CAMPO DE ESTÁGIO: UPA NOROESTE
INSTRUMENTO DE PESQUISA

1. Nome completo do usuário:

2. Data de nasc.: ____/____/____ Local nasc./Estado:

3. Nome da mãe:

4. End. Res. Completo:

 Bairro: _____ Cidade: _____
 Est.: _____
5. Sexo: () Masculino () Feminino
6. Em qual unidade de Saúde da Família é atendido?

7. Qual a forma de entrada do usuário na UPA?
 () Encaminhado pelo Centro de Saúde da Família () SAMU ()
 Bombeiro
 () Carro Próprio () Ambulância () Não informado
8. Data de atendimento: ____/____/____. Dia/Semana: () 2ª feira () 4ª feira ()
 Sábado
9. Horário de chegada a UPA? _____
10. Quais foram as queixas que levaram o usuário/a a procurar atendimento na UPA?
 () Cefaléia () Precordiagia () Dor de garganta ()
 Diarréia
 () Lombalgia () Dor abdominal () Tosse ()
 Náusea

() Náusea () Cólica menstrual () Cólica de rins ()
Pressão alta

11. Foi feita classificação de risco? () Sim () Não

Cor da classificação: () Vermelho () Amarelo
() Azul

12. Tempo de espera para o atendimento()

() Menos de 15 min () de 15 a 30 min () de 30
a 45 min

() de 45 min a 1h () de 1 a 1h30min () de
1h30 a 2h

() mais de 2h

13. Qual a hipótese diagnóstica o usuário/a?

14. O usuário/a foi encaminhado a outra unidade?

() Não () Sim Qual?

15. Quanto tempo o usuário aguardou para liberação da Autorização de Internação Hospital (AIH)

() 1 dia () 2 dias () 3 dias () 5 dias () 10 dias () 15 dias

() 30 dias () horas () Não consta no prontuário

Goiânia, _____/_____/_____

Nome do/a responsável pela pesquisa