

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE  
BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL

Bruna Jordana Coelho Rocha

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO -  
UPA NOROESTE DE GOIÂNIA: 2018 -2019**

Goiânia  
2020

Bruna Jordana Coelho Rocha

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO -  
UPA NOROESTE DE GOIÂNIA: 2018 -2019**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Margot Riemann Costa e Silva

Goiânia  
2020

ROCHA, Bruna Jordana Coelho

**O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA NOROESTE DE GOIÂNIA: 2018 -2019**

Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social- Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGoiás)- Pró-Reitoria de Graduação. Em Escola de Ciências Sociais e Saúde Goiânia-GO, 2020-2.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Margot Riemann Costa e Silva.

**Palavras-Chave:** 1. Política de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde – SUS. 3. Serviço Social. 4. Unidade de Pronto Atendimento - UPA. I. Título.

Bruna Jordana Coelho Rocha

**O Serviço Social na Saúde: A Unidade de Pronto Atendimento - UPA Noroeste de  
Goiânia: 2018 -2019**

Monografia defendida no curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Aprovada em 09 de dezembro de 2019 pela seguinte Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup>Dr.<sup>a</sup>Margot Riemann Costa e Silva  
(Orientadora -PUC Goiás)  
**(Presidente)**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Conceição Sarmiento Padial Machado  
(Membro Interno – PUC Goiás)

---

Prof.<sup>a</sup> Ms<sup>a</sup>. Vera Lúcia dos Santos  
(Membro Interno – PUC Goiás)

Dedico este trabalho a minha filhinha,  
Eloah Vitoria R. Coelho, que, de fato,  
é uma vitória em minha vida, minha  
esperança para nunca desistir dos  
meus sonhos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS por tudo, sem ELE jamais teria conseguido chegar até aqui. Passei por perdas dolorosas que de modo algum será esquecido, porém sempre com persistência em continuar lutando.

Agradeço à minha eterna mãezinha, meus avós, que partiram há dois anos, perdendo a batalha para o câncer. Enquanto estavam vivos sempre me apoiavam, diziam para eu nunca desistir, porque era um sonho deles me verem concluindo minha graduação.

Mãe, você permanecerá viva em meu coração, desejo que o câncer seja apenas um signo.

Agradeço à minha amiga Jeniffer S. Estival Murça, que ficou do meu lado quando eu não tinha mais força, quando o mundo caía ao meu redor.

Agradeço à minha amiga Luana Vieira, que mesmo distante permaneceu sempre acreditando que daria certo, me fazendo rir nos meus momentos angústia, ansiedade, aquela vontade de jogar tudo para o alto, ela me dando força. Obrigada de coração.

Agradeço à minha patroa, Izolina Soares - uma mulher guerreira, que me ensinou a ser forte, sempre me aconselhando a estudar, um verdadeiro exemplo para mim. Obrigada pela paciência, compreensão.

Agradeço a minha amiga, comadre, sempre presente principalmente nos momentos difíceis, nunca vou me esquecer do notebook emprestando, no dia que mais precisava.

Agradeço à minha amiga Neirinha Ramos. Obrigada por acreditar em mim, um exemplo de ser humano.

Agradeço pelas amizades que PUCGoiás me apresentou: Ana Paula, Eliene, Sheysa, Thatianne Oliveira, Vitoria, Valma Karine, minha parceria de contrapartida da bolsa da OVG, Kamila Fernandes. Saibam que tive os melhores momentos com vocês de muitas risadas, desespere.

Gratidão à OVG pela contribuição em minha formação acadêmica.

Obrigada a todos os professores, que me possibilitaram realizar minha graduação com conhecimentos riquíssimos para o meu crescimento intelectual.

Agradeço especialmente a minha orientadora Prof.<sup>a</sup> M. Margot Riemann Costa e Silva, que sempre me orientou com paciência e seriedade nesta pesquisa para a conclusão final.

Obrigada meu esposo - Luciano da Rocha, pela paciência nos dias em que eu estava sem dormir, preocupada em como seria a trajetória. E a toda a família que acreditou em mim.

Quero aproveitar para agradecer pelo nascimento de minha filha Eloah Vitoria, que nasceu numa época difícil da minha vida, um momento de pandemia pela Covid-19, que no momento de seu nascimento tive que lutar para sua sobrevivência naquela sala de parto, usando todas as minhas forças, quando você já havia perdido a sua força em sofrimento fetal, mas não desistiu de lutar naquele momento.

Minha filha saiba que te amo muito, que você cresça sendo uma menina estudiosa e nunca desista dos seus sonhos e que possa me dar muito orgulho.

Obrigada a todos.

*O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. E preciso resistir e sonhar. E necessário alimentar sonhos e concretizá-los dia a dia no horizonte de novos tempos mais humano, mais justos, mais solidários.”*

*(Marilda Yamamoto)*

## RESUMO

O presente trabalho monográfico trata-se de uma análise, que teve origem no momento de inquietação durante o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás, realizado no período de 2018-2019, em uma unidade de atendimentos de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) ao relacionar a atuação do(a) assistente social, os pontos de estrangulamento e a inserção do Serviço Social na política de saúde de urgência e emergência. Utilizando-se da pesquisa bibliográfica, por meio de leitura de artigos, dissertações, teses, livros encontrados na legislação vigente que efetiva a política de saúde no Brasil e também no Diário de Campo. O interesse pelo tema; “O Serviço Social na Saúde: a Unidade de Pronto Atendimento - Upa Noroeste de Goiânia: 2018 -2019”, deu-se pelo fato de ter cursado o estágio supervisionado I, II e III, durante o curso de graduação em Serviço Social na PUC Goiás, objeto geral do trabalho da pesquisa e descrever o surgimento do Sistema Único de Saúde - SUS e o trabalho do Serviço Social na UPA Noroeste. Colocou-se em discussão como o trabalho do assistente social pode contribuir para atender as demandas que emergem nas UPAs e quais os pontos de estrangulamento que comprometem a efetivação de uma intervenção social nessas unidades de saúde. O método de abordagem aplicado foi o qualitativo, buscando compreender a inserção do Serviço Social em uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. Chegou-se à conclusão de que o significado e abrangência das ações da Assistência Social, no âmbito da Saúde Pública, são amplos e complexos, a ponto de exigirem a composição de uma estrutura capaz de enfrentar os desafios com agilidade político-administrativa, e de eliminar pontos de estrangulamento que comprometem que se efetive uma intervenção social nas UPAs.

**Palavras-Chaves:** Política de Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS. Serviço Social. Unidade de Pronto Atendimento.



## ABSTRACT

The present monographic work is an analysis, which originated now of concern during the mandatory curricular internship in Social Work, by the Pontifical Catholic University of Goiás - PUC Goiás, carried out in the period 2018-2019. In a service unit of urgency and emergency of the Unified Health System (SUS) when relating the role of the social worker, the bottlenecks and the insertion of Social Work in the urgency and emergency health policy. Using bibliographic research, through reading articles, dissertations, theses, books found in the current legislation that enforces health policy in Brazil and in the Diary de Campo. Interest in the topic. "The Social Service in Health: the Emergency Care Unit - UPA Norwest de Goiânia: 2018 -2019", was due to the fact that he attended the supervised internship I, II and III, during the undergraduate course in Social Work at PUC Goiás, The general object of the research work and describe the emergence of the Unified Health System - SUS and the work of Social Work at UPA Norwest. It was discussed how the work of the social worker can contribute to meet the demands that emerge in the UPAs and what are the bottlenecks that compromise the realization of a social intervention in these health units. The applied approach method was qualitative, seeking to understand the insertion of Social Work in a 24-hour Emergency Unit. It is well concluded that the meaning and scope of Social Assistance actions, within the scope of Public Health, are wide and complex, to the point of requiring the composition of a structure capable of facing the challenges with political-administrative agility, and of eliminate bottlenecks that compromise the effect of social intervention in the UPAs.

**Keywords:** Health Policy. Unified Health System - SUS. Social service. Emergency care unit.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

CF/88 - Constituição Federal de 1988

CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CFM - Conselho Federal de Medicina

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNSS - Conselho Nacional de Serviço Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

DNS - Departamento Nacional de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência Social

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAS - Política de Assistência Social

PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências

PSF - Programa Saúde da Família

PUC Goiás - Pontifícia Universidade Católica de Goiás

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RUE - Rede de Urgência e Emergência

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Assistência Social

SAV - Serviço Auxiliar Voluntário

SBV - Suporte Básico de Vida

SDUS - Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO.....  | 12        |
| <b>2 O CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE.....</b>                                 | <b>15</b> |
| 2.1A Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).....  | 15        |
| 2.2Princípios doutrinários e organizativos do SUS .....  | 20        |
| 2.3 Os níveis de organização do SUS.....   | 23        |
| 2.3.1 Urgência e emergência em Saúde: políticas de atenção no SUS .....  | 24        |
| 2.3.2 Caracterização das Unidades Pronto Atendimentos (UPAs) .....   | 27        |
| <b>3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA.....</b>  | <b>30</b> |
| 3.1 Antecedentes históricos do Serviço Social no Brasil .....  | 30        |
| 3.2 Características do processo de trabalho do assistente social .....   | 31        |
| 3.3 Competências e atribuições do Assistente social no âmbito da Saúde Pública .....                             | 36        |
| 3.5A inserção do serviço social na urgência e emergência24 horas:Relato de experiência da UPA –<br>Noroeste..... | 38        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>43</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>45</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o Serviço Social na Saúde, delimitado à atuação do assistente social nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

A motivação para essa pesquisa surgiu a partir do estágio realizado na Unidade de Pronto Atendimento, UPA, Maria Pires Perillo da Região Noroeste, nome este que foi dado sem que a população da Região Noroeste fosse consultada, da cidade de Goiânia/GO, em cumprimento à carga horária do Curso de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), onde foi possível vivenciar os primeiros contatos com a prática profissional dos assistentes sociais da instituição.

A saúde está incluída no capítulo da Seguridade Social, juntamente com a Assistência Social e Previdência Social, na Constituição Federal de 1988. A Lei nº 8080/90, que dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, em seu artigo 3º, estabelece que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

De acordo com o Ministério da Saúde, as Unidades Pronto Atendimentos (UPAs) integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas em 2010, e se configuram como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, destacando que a atenção às urgências deve estar organizada dessa forma.

Neste contexto, a pretensão da pesquisa é buscar respostas para as questões: Como o trabalho do assistente social se insere no sistema de saúde e quais são os pontos de estrangulamento que comprometem que se efetive uma intervenção dos profissionais de serviço social na UPA Maria Pires Perillo da Região Noroeste?

O Serviço Social é uma profissão liberal, regulamentada e amparada na Lei 8.662/93 e no Código de Ética Profissional. A partir disso, o/a assistente social, assim como outros profissionais, é considerado profissional da área da saúde, através da resolução n.º 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução nº 383/99, de 29 de março de 1999, do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS).

As discussões teórico/práticas sobre o objeto de estudo sustentam-se no entendimento

de que o trabalho realizado pelos os assistentes sociais respondem às demandas dos usuários, por meio de atuação, baseando-se nos princípios da política nacional de atenção às urgências e emergências, no Código de Ética do Serviço Social, e na Lei de Regulamentação da Profissão e dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, publicações realizadas pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, que contribuem com a atuação dos profissionais de Serviço Social. É importante destacar, também, que os profissionais precisam estar articulados e sintonizados ao movimento dos trabalhadores e dos usuários que lutam pela real efetivação do SUS, de forma a integrar a política vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético político da profissão.

Durante o período de realização do estágio, foi possível observar as demandas de trabalho que chegam para o Serviço Social, no âmbito das UPAS, constituem desafios, competências, e possibilidades, instrumentos e estratégias, no sentido de desvendar as determinações e especificidades do exercício profissional nesse espaço sócio ocupacional, pela rotatividade e intenso fluxo de atendimentos dos usuários, como um dos pontos de estrangulamento para a efetivação eficaz da atuação do Assistente Social.

Ressalta-se que, ao acompanhar o trabalho do profissional de Serviço Social na UPA, pode-se observar que os usuários inúmeras vezes buscam o serviço social com intenção de resolver problemas imediatos ou até questões que não são de responsabilidade de um assistente social. Tal fato, desperta o interesse de buscar entender o porquê do usuário da instituição e/ou seus responsáveis que buscam o Serviço Social ainda têm essa visão de senso comum, vendo o Assistente Social como alguém que vai lhe auxiliar de maneira imediata, em serviços paliativos. Refletir sobre o trabalho do assistente social nos serviços de urgência exige uma compreensão ampliada do que é urgência e emergência.

O objetivo geral incide em apresentar uma abordagem acerca do Serviço Social na Saúde, delimitado à atuação do assistente social nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). São três os objetivos específicos definidos para este estudo: 1) analisar o contexto do Sistema Único de Saúde, colocando em destaque os aspectos históricos de sua criação em consonância com a reforma sanitária, explorando ainda, os princípios doutrinários do SUS e seus níveis de organização, enfatizando a urgência e emergência como políticas de saúde e a caracterização das UPAs; 2) discorrer sobre as intervenções do serviço social na saúde em seus antecedentes históricos, características do processo de trabalho, bem como as suas competências e atribuições no âmbito da Saúde Pública; e 3) apresentar uma discussão acerca do espaço sócio ocupacional do serviço social e a prática interventiva nas UPAs, mediante um relato de experiência., colocando em evidência os fatores críticos para a sua manutenção.

A prática acadêmica surge, então, como uma oportunidade de conhecer as diretrizes da política social de atenção aos usuários daquela instituição, demandando uma extensa leitura de obras que tratam do assunto. Na realidade, a intenção foi buscar maior entendimento de como se processa as atividades dos assistentes sociais na UPA, pelo fato de ser esta instituição a responsável pela entrada dos usuários dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde.

Pretende-se, também, reforçar neste estudo que o princípio da atuação do assistente social, no contexto das UPAs, está fortemente conectado ao compromisso ético e político da profissão ao utilizar o seu conhecimento teórico-metodológico, com vistas a compreender as particularidades de sua atuação profissional e as singularidades apresentadas no seu cotidiano, o que requer o emprego de procedimentos metodológicos de uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e descritivo qualitativo, como também de uma pesquisa documental relativa aos aspectos legais que dão sustentação ao tema em pesquisa, com o emprego da técnica de relato de experiência.

O trabalho estrutura-se em introdução, desenvolvimento e conclusão. A introdução apresenta uma breve síntese a respeito da produção textual. O desenvolvimento, subdividido em três capítulos, correspondem à redação dos objetivos específicos. A conclusão refere-se às considerações finais a respeito do tema em pesquisa, apresentando em sequência as referências que deram sustentação para a produção deste trabalho acadêmico.

Espera que este trabalho possa contribuir com o Serviço Social, na medida em que se propõe a refletir sobre as ações dos profissionais atuantes nesta área. Mediante reflexões sobre as atividades do Assistente Social e sua função no local de trabalho, também espera que os resultados da pesquisa possam contribuir para a consolidação das intervenções sociais na instituição. E, por consequência, ampliar os conhecimentos adquiridos durante a formação profissional, como causa de grande relevância acadêmica.

## **2 O CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE**

Este capítulo tem como finalidade apresentar uma análise sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nos aspectos históricos de sua criação, em consonância com a reforma sanitária, explorando ainda, seus princípios doutrinários e níveis de organização, ressaltando a importância da urgência e emergência, como políticas de saúde e a caracterização das Unidades de Pronto atendimento (UPAS).

### **2.1A Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)**

As discussões referentes às políticas sociais no Brasil, especialmente no âmbito da saúde, caracterizam-se de forma estrutural e histórica, permeadas pelas modificações e contradições de uma sociedade marcada por intensas desigualdades sociais.

Especificamente como questão social, a saúde emergiu no cenário brasileiro nas duas primeiras décadas do século XX, no auge da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho aliada à ineficácia dos empresariados (mercado), diante ao adoecimento de parcelas significativas de trabalhadores (BRAGA; PAULA, 1986).

Nessa época, o Estado iniciou a implantação de medidas de higiene e saúde, com vistas a “[...] enfrentar e frear a proliferação de diversas doenças graves que acometiam à população, as endemias – doenças parasitárias, pestilências e impetuosas.” (SILVA, 2016, p. 41).

Porém, conforme a autora supracitada, a formulação da política de saúde de caráter nacional, contemplando o subsetor de saúde pública e o de medicina previdenciária, viria a ocorrer durante o processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos de 1930.

A partir da década de 1950, o Brasil vivenciou um acelerado processo de industrialização, provocando o deslocamento do polo dinâmico da economia, até então essencialmente agrária, para as cidades, resultando na geração de um contingente operário que deveria ser atendido pelo sistema de saúde (MENDES, 2011).

“Em 1953, a criação do Ministério da Saúde constituiu a base para o desenvolvimento das políticas de saúde no país, configurando-se de grande importância para o fortalecimento das ações de melhoria dos serviços de saúde” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). A partir de



sua criação, o ministério passou a encarregar-se especificamente das atividades ligadas à área de saúde, até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura.

É nesse contexto que foram implantadas as políticas sociais, quando as medidas sanitárias passaram a ser consolidadas com a criação de órgãos de combate a endemias, das amplas massas de trabalhadores na estrutura sindical, mas que no governo de Getúlio Vargas, como sistema de benefícios previdenciários, atendia exclusivamente a classe profissional inserida no mercado de trabalho (IYDA, 1994).

É importante ressaltar que esse processo de mudança no Brasil passou por várias Conferências Nacionais de Saúde, ao longo desses anos. Sendo assim, analisa-se que a história de saúde pública é marcada por avanços e discussões, é nesse contexto que emerge a proposta do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde – SUDS, sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde.

Essa proposta, que se antecipa aos trabalhos na Assembléia Nacional Constituinte, vem ao encontro do princípio do SUS, descentralizado e sob a égide do setor público, com comando único em cada esfera do poder tanto Federal, Estadual e Municipal.

As experiências do SUDS já demonstram que a democratização da saúde, do ângulo da reorganização institucional do próprio sistema, requer que ela adquira, o estatuto de direito do cidadão à atenção à saúde, resguardada a equidade no acesso e na qualidade do atendimento, garantido pelo Estado (BRASIL, 2007)

Sendo assim, os debates sobre a saúde consolidam a proposta da descentralização como única alternativa para a constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população viabilizando sua universalização e equidade. É importante reafirmar que através da 8ª Conferência Nacional de Saúde e as propostas do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS influenciaram e criaram as bases para as mudanças em prol da melhoria dos serviços prestados e a reestruturação do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a participação do cidadão na questão de saúde no país (BRAGA, 2005).

No seio das lutas políticas e por melhores condições de vida e principalmente na saúde, e com o processo de abertura política em fins do ano de 1970, surge o movimento pela Reforma Sanitária, composta por profissionais de saúde e de intelectuais da saúde coletiva, o empenho desses profissionais era lutar pela democratização ao acesso aos serviços de saúde, para serem oferecidos com mais qualidade à população.

Um dos marcos desse movimento, conforme relato de Teixeira (1988), ocorreu

durante o I Simpósio Nacional de Políticas de Saúde, em 1979, conduzido pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados, do qual emergiram as propostas de criação de um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e descentralizado.

Mota (2009) refere-se à insatisfação dos profissionais da saúde ao modelo vigente daquele momento, como um dos fatores que convergiram para o movimento de Reforma Sanitária, acirrando as discussões sobre a questão da saúde no Brasil, o que motivou o planejamento e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília, Distrito Federal.

A conferência supracitada foi um marco importante dentro do movimento pela Reforma Sanitária, que propunha a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitário. Com a participação de cinco mil pessoas, como profissionais de saúde criou as bases para as propostas de reestruturação para o sistema de saúde brasileiro.

Partindo do princípio de que a defesa da saúde é a defesa da própria vida, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira insistia que era preciso reformular o sistema de saúde para torná-lo mais eficaz e acessível a toda a população. Dele participam profissionais de saúde, lideranças políticas, sindicais e populares, dando ao SUS o privilégio de ser uma conquista da sociedade brasileira que os parlamentares da Assembleia Constituinte asseguraram na lei maior do país – a Constituição da Federal de 1988 (CF/1988) e que, no capítulo VIII, *da Ordem social*, secção II referente à Saúde, define:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988)

O sistema de saúde anterior à promulgação da CF/1988 só garantia o atendimento aos trabalhadores que tinham carteira de trabalho assinada. Naquele período, a assistência pública à saúde era de responsabilidade do já extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Aqueles que não eram trabalhadores assalariados mais podiam pagar, eram assistidos por médicos particulares e, em caso de internação, pagavam também pelo atendimento hospitalar para aqueles que não faziam parte destes grupos, ou seja para os pobres e excluídos do mercado de trabalho restava o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdias ou em hospitais universitários.

Como resultado do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com o firme propósito de alterar esta situação de desigualdade na

assistência à saúde da população universalizando o acesso ao atendimento, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa.

O SUS pode ser definido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público, e por convênios firmados com instituições particulares, que integram a rede, como serviços complementares.

O SUS é assegurado na CF/1988, conforme define o artigo 198, a saber:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; Participação da comunidade. Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Esta visão reflete o momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurou garantir na nova Constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania (POLIGNANO, 2001).

Portanto, estava firmada a criação de um novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) inserido numa proposta de seguridade social, garantido pela Constituição Federal de 1988.

Considerado como um sistema diferente de seus antecessores, o SUS não se enquadra como uma continuação e sim como um exemplo de transformação, pois, ao contrário dos sistemas anteriores, o SUS prioriza, os mecanismos de propaganda e incentivo ao saneamento, medidas preventivas de saúde, sem deixar de lado o caráter curador. Sob a direção descentralizada nas três esferas federal, municipal e estadual, o sistema consegue englobar a população de forma mais abrangente que seus antecessores.

O direito constitucional à saúde foi consolidado com a promulgação da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da Saúde e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de Saúde em todo o país, conforme disposto em seu artigo 2º:

Art. 2º- A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1- O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Dessa forma, entende-se que o direito à saúde pressupõe que o Estado deva garantir não apenas serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, evitando-se, assim, o risco de adoecer. Assim, não se pode mais considerar a saúde de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade.

Guimarães (2002) faz referência à Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Conforme o mesmo autor, a referida lei regulamentou a criação e o funcionamento dos órgãos e instâncias de decisão colegiadas (as Conferências e Conselhos de Saúde) que constituem a espinha dorsal do SUS para o exercício do controle social previsto, instituindo a participação de representantes da sociedade nas decisões relativas à implementação do SUS.

Entende-se que das leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, originaram-se as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas pelo Ministério da Saúde, que regulamentam o processo de habilitação dos municípios a gestores do SUS, criam as Comissões Intergestora Tripartites - (Nacional) e Bipartites (Estaduais e Regionais), as quais, em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde, compõem os fóruns de negociação e deliberação sobre o processo de descentralização<sup>1</sup> da saúde no país.

O processo de reorientação da gestão do SUS, desenvolvido ao longo dos últimos dez anos, pode ser caracterizado como um movimento de descentralização/centralização, pontuado pela elaboração e implementação das NOBs, conforme salienta Teixeira (2002, p. 154):

O movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93) (MS, 1993) e especialmente a de 1996 (NOB 01/96) (MS, 1996), que induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos (financeiros, basicamente, mas também físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios.

---

“(…) a descentralização é também concebida como estratégia para o estabelecimento de modalidades de parcerias com os setores sociais, assim como de transferência, para o setor privado, da execução de tarefas antes consideradas de competência exclusiva do setor público” (GUIMARÃES, 2002, p.54).

No processo de reforma do setor, os governos estaduais e municipais adquirem relativa autonomia para o enfrentamento das demandas setoriais, dentro da perspectiva de democratização do Estado, tendo a saúde, como direito do cidadão e dever do Estado. Assim, a organização e mobilização da sociedade civil para discutir a descentralização do sistema, dos recursos e financiamento e o controle social representam um avanço efetivo em termos de democratização da saúde (TEIXEIRA, 2002).

Destaca-se também que, na implementação do sistema, a relação pública x privada é concebida como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar, seguindo as mesmas orientações em relação à concepção e procedimentos.

No entendimento de Mendes (2011), as reformas sanitárias ainda continuam necessárias, desde que fundamentadas em ações eficazes que possam gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as iniquidades. Para isso, as mudanças deverão fazer-se por meio de alguns movimentos voltados para as redes de atenção à saúde, como também para a gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros e, principalmente, para uma concepção de sistemas de atenção à saúde que atue harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas.

Nesse sentido, é importante salientar que as mudanças ocorridas no SUS buscam notadamente trazer melhorias para o sistema e oferecer aos cidadãos brasileiros um serviço de saúde que prime pela qualidade e eficiência na prestação de serviços, mas é necessário que as mudanças sigam as inquietações dos indivíduos e que dêem ao sistema agilidade e retornos reais para os pacientes e profissionais da área de saúde, para que ambos tenham as suas necessidades e carências supridas.

## **2.2 Princípios doutrinários e organizativos do SUS**

A implantação do SUS, a partir dos anos 1990, provocou significativas mudanças de ordem tecnológica, organizacional e política na forma de organização do trabalho em saúde (COSTA, 2007). As características atribuídas ao modelo de gestão e dos processos de trabalho, desde então, fundamentam-se nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, como também nos princípios organizacionais da regionalização e

hierarquização, descentralização e participação da população, contidos no sistema de saúde brasileiro.

O princípio da **universalidade** diz respeito à garantia de todos os sujeitos ao atendimento de serviço em saúde gratuito e de qualidade. “É garantia constitucional de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.” (AGUIAR, 2011, p. 50).

O princípio da **equidade** é de suma importância na busca em assegurar o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade, garantia para qualquer pessoa enquanto cidadão. “Todos devem ter acesso igualitário à saúde, respeitando as especificidades de cada caso, de cada indivíduo.” (SANTOS, 2016, p. 34). Esse princípio é regido pela igualdade na atenção à saúde, sem preconceitos e sem privilegiar qualquer indivíduo.

O princípio da **integralidade** constitui um dos princípios fundamentais se consiste no conjunto de articulação entre prevenção, promoção e a recuperação visando o melhor atendimento tanto individual como coletivo. Viegas (2010) faz referência ao pensamento de Campos (2003) ao explicar que:

O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do SUS e seu cumprimento pode contribuir grandemente na qualidade da atenção à saúde, uma vez que pauta pela garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde e que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, segundo a dinâmica do processo saúde-doença (CAMPOS, 2003 *apud* VIEGAS, 2010, p. 38).

A integralidade pode ser compreendida como a organização dos serviços ofertados que buscaria alcançar tal princípio através das ações de saúde, organizado pela rede de serviços assistenciais, ou da assistência médica através das especialidades (VIEGAS, 2010).

A **regionalização** e **hierarquização** correspondem às ações de saúde de acordo com os níveis de complexidade, em que o primeiro acesso à saúde ocorre na atenção primária, e caso haja necessidade de atendimentos especializados, os usuários do sistema de saúde são referenciados para atendimentos de alta complexidade. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (1990) expõe que:

Regionalização e hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de problemas). (BRASIL, 1990, p. 5).

Desta forma, independente do grau de complexidade a resolução deve ser feita prioritariamente pelo serviço de atenção básica o qual deve estar disposto para a resolução dos principais problemas, os casos de alta complexidade serão encaminhados para um nível de maior qualificação.

Outro princípio do SUS é a **descentralização**. A gestão do SUS é descentralizada, sendo a responsabilidade de gestão prioritariamente do município, garantindo assim o acesso da população à rede de saúde Nacional. Por se tratar de um sistema descentralizado, as três esferas do governo – federal; estadual; e municipal, são responsáveis pelos investimentos no SUS. A respeito da descentralização, Paim (2009, p.49) expõe que:

A descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas. Significa que a gestão do sistema de saúde passa para os municípios, com a consequente transferência de recursos financeiros pela União, além da cooperação técnica. [...] As decisões do SUS seriam tomadas em cada município, estado e Distrito Federal, por meio das respectivas secretarias de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde coordenar a atuação do sistema no âmbito federal: Isso é o que a Constituição define como diretriz da descentralização com comando único em cada esfera do governo.

Devido à diretriz de descentralização é que cada município possui sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Nesse sentido, a descentralização permite aos gestores de cada município a organização da saúde, seguindo as peculiaridades locais, respeitando os aspectos sociais, econômico e cultural de cada lugar.

Consta do Plano Municipal de Saúde (2018-2021), da Prefeitura de Goiânia, que a descentralização do atendimento, no âmbito da Saúde é feita com base nas divisões administrativas de Goiânia, determinadas pela Secretaria Municipal de Planejamento. No campo da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), essas regionais são conhecidas como Distritos Sanitários. Atualmente, sete deles estão estruturados (GOIÂNIA, 2018).

O Distrito Sanitário Noroeste tem como a função de descentralizar as ações da Secretaria municipal de saúde (SMS), responsável por gerenciar o atendimento médico, as práticas da saúde coletiva, a atuação sobre o ambiente, o controle e combate de doenças de acordo com as especificações da região, o Distrito Sanitário Noroeste é um dos maiores da Capital, composto por três Cais (Jardim Curitiba, Finsocial e Cândida de Moraes) dezenove centros de Saúde da Família (CSF), uma maternidade (Nascer Cidadão) e um centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

De acordo com a Lei 8.142/90, a população deve participar de forma abrangente no processo de formulação das políticas públicas, do controle e de sua execução, em diversos

níveis, desde o local até o federal, por meio de entidades representativas. Esta participação da comunidade “[...] expressa uma orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde.” (PAIM, 2009, p. 50).

A participação da comunidade é também uma forma de proferir uma espécie de controle social, onde a política de saúde seja voltada para a população, com o apoio e participação dela, de forma a torná-la protagonista dessas políticas. Assim, é possível entender que a saúde está baseada em princípios que seriam para o bem-estar da população, garantido seu acesso e sua democratização, porém, na prática vivemos uma realidade de total distorção desses princípios, arraigados pelo desconhecimento da população sobre seus direitos garantidos por lei.

### **2.3 Os níveis de organização do SUS**

Quanto à organização dos serviços, o modo regionalizado e hierarquizado do SUS possibilita um maior conhecimento dos problemas de saúde da população e favorece ações de vigilância epidemiológica e sanitária, além de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. Nesse sentido, o modelo assistencial em saúde do SUS preconiza a existência de uma rede composta por três níveis para a assistência em saúde, classificados em atenção primária, secundária e terciária (CANUTO *et al*, 2004).

A atenção primária, mais conhecida como atenção básica, faz parte do Programa de Saúde da Família (PSF) que é organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações de saúde nesse modelo de atenção à saúde são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (USB). É na atenção básica que os usuários do SUS, geralmente, recebem seu primeiro atendimento. Esse modelo de atenção à saúde constitui a porta de entrada para o acesso a política de saúde (SANTOS, 2016). De acordo com esta autora:

A atenção básica oferece acesso universal e, caso necessário, encaminha para a assistência hospitalar e especializada os usuários do SUS, configurando-se outros níveis de atendimentos de saúde como média e alta complexidade. Cabe à atenção primária também, ações de promoção e prevenção da saúde. Com o intuito de melhorar a atenção básica foi criada a Política Nacional de Atenção Básica 13e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SANTOS, 2016, p. 40).

Há também a atenção secundária, na qual a maioria dos serviços especializados pelo SUS são ofertados pelo setor privado, embora essa oferta não seja abrangente. Isso devido a dependência do SUS com as instituições privadas que oferecem média complexidade (GONÇALVES; KERNKAMP, 2013). Fazem parte da atenção secundária os Centros de



Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os quais se constituem em serviços de referência para as Unidades Básicas de Saúde (USBs).

Segundo Costa (2007), a atenção terciária e hospitalar configura o atendimento de alta complexidade. Esse modelo de atenção, assim como na atenção secundária, são atendimentos que demandam alto custo e, na maioria das vezes, são procedimentos de saúde realizados por instituições privadas. “As ações desse modelo de atenção são, geralmente, cirurgias cardíacas e transplante de órgãos, oncologia, hemodiálises, Unidade de Terapia Intensiva, entre outros procedimentos.” (GONÇALVES; KERNKAMP, 2013).

Constata-se, então, que o nível primário é responsável pelas ações de cuidado individual e coletivo e caracteriza-se por serviços que estabelecem uma relação permanente e estável com a população usuária, configurando-se a principal porta de entrada do sistema. Já o segundo nível de atenção tem aspectos relativos ao atendimento ambulatorial especializado, com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. O nível terciário é aquele que realiza as internações e as situações urgentes e emergenciais, além de possuir maior complexidade tecnológica esse modelo de atenção, assim como na atenção secundária, são atendimentos que demandam alto custo e, na maioria das vezes, são procedimentos de saúde realizados por instituições privadas.

No item seguinte serão apresentados os níveis de urgência e emergência em saúde, tendo como embasamento as diretrizes e os desafios por parte dos profissionais da saúde.

### 2.3.1 Urgência e emergência em Saúde: políticas de atenção no SUS

A área de urgência<sup>2</sup> e emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A emergência está relacionada com problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo, e a urgência é definida como aquela situação que afeta ou coloca em perigo a saúde de uma ou de mais pessoas (GONÇALVES; KERNKAMP, 2013).

A Resolução CFM nº 1451/95, do Conselho Federal de Medicina, de 10 de março de 1995, estabelece as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil:

---

<sup>2</sup>De acordo com a política nacional de Urgência e Emergência é dominada como urgência quando há uma situação, crítica com ocorrência de grande perigo é que se pode se tornar uma emergência caso não seja devidamente atendido, como atendimento curto prazo. Já no caso da emergência e uma situação considerado crítica ou perigo iminente, tudo aquilo que implica em risco a vida dos usuários casos imediatos (BRASIL, 1995).

Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo primeiro – Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo – Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

A assistência de urgência e emergência, como direito assegurado de várias formas na legislação brasileira ao cidadão, é um componente prioritário do SUS. Compete a este sistema reestruturar a rede de atendimento de urgência, com propostas de implantação do componente pré-hospitalar móvel, de forma integrada com centros menores de estabilização rápida, reorganizar o atendimento em nível hospitalar garantindo assim a retaguarda ao atendimento emergencial (MATTOS, 2005).

Para alcançar esse objetivo, o serviço depende de uma equipe multiprofissional integrada e preparada para refletir positivamente sobre o paciente, uma vez que as possibilidades de sua recuperação estão diretamente relacionadas com a rapidez e eficiência dos serviços prestados pela urgência (CAMPOS, 2005).

De acordo com as diretrizes do SAMU, essa equipe é formada por médicos, enfermeiros, técnicos<sup>4</sup>/auxiliares de enfermagem e o motorista. Esses profissionais, com exceção do motorista, que prestam cuidados diretos às vítimas, devem ter, além da capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV) e Serviço Auxiliar Voluntário (SAV), disposição pessoal para a atividade, capacidade para trabalhar em equipe, iniciativa, equilíbrio emocional e autocontrole, atuando dentro dos limites e critérios necessários na prestação de um cuidado humanizado (CAMPOS, 2005, RAMOS; SANNA, 2005).

As unidades de emergência constituem, portanto, os meios para o atendimento de pacientes acometidos por agravos de urgência e emergência que ameacem a vida, dispondo de pronta avaliação e mecanismos que propiciam a terapêutica por meio de equipe multiprofissional capacitada (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, a emergência significa a ação terapêutica imediata visando sanar necessidades humanas básicas que acometem funções vitais da vida, enquanto a urgência se caracteriza por imediata ação terapêutica que visa à recuperação do paciente que com um comprometimento agudo de suas necessidades humanas básicas, mas que não proporcionem risco de morte iminente. Assim, o objetivo das unidades de emergência é prestar serviços

médicos imediatos com qualidade, segurança e de forma contínua, baseados em programas de cooperação, orientação e desenvolvimento de práticas específicas (BRASIL, 2013).

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com os objetivos de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2010).

As ações desenvolvidas nesse atendimento abrangem a promoção, prevenção e vigilância à saúde, além da integração de diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possibilitando os primeiros cuidados às urgências e emergências, em ambiente adequado, até transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário (BRASIL, 2011).

Visando a reorganização e regulação desses serviços no âmbito do SUS, foi proposta a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), nos termos da portaria nº 1863/03, a qual elenca os objetivos da Política Nacional, a saber:

a) implantar e implementar o processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção; b) estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos socorros; c) garantir a adequada referência regulada para os pacientes, que tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção; d) adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira (BRASIL, 2010).

A organização da atenção às Urgências e Emergências tem se tornado um desafio para os gestores públicos da saúde.

Segundo Fonseca (2016), não somente no Brasil, mas também no contexto mundial, tem-se evidenciado um aumento constante da demanda por serviços de urgência, em consequência ao aumento de acidentes, violências e doenças crônicas, além da insuficiência da rede básica; resultando em pressão sobre as estruturas hospitalares e profissionais, que atuam diretamente na porta de entrada desses serviços.

Para que garantir um melhor funcionamento dos serviços de saúde, o SUS definiu as unidades de atendimentos e quais casos cada uma delas pode e deve atender. As principais opções são: Postos de saúde que prestam assistência à população de uma determinada área; Unidade Básica de Saúde (UBS), que realizam atendimentos de atenção básica e integral, cuja assistência deve ser permanente e prestada por médicos generalistas ou especialistas nas áreas oferecidas; Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), que são as unidades de urgência e emergência abertas 24 horas; e os hospitais que se destinam ao

atendimento dos casos de atenção terciária. Geralmente os pacientes são encaminhados ao hospital pelos níveis anteriores, ou ainda em ambulância (ALMEIDA, 2015, p. 31).

As Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), por contar com mais recursos do que um posto de saúde é capacitado a atender serviços de média a alta complexidade, sendo o grau de emergência que define a ordem dos atendimentos.

### 2.3.2 Caracterização das Unidades Pronto Atendimentos (UPAs)

As Unidades Prontas Atendimentos (UPAs) integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas em 2010, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, destacando que a atenção às urgências deve estar organizada dessa forma.

A Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009, do Ministério da Saúde, estabelece as diretrizes para a implantação das UPAs no País conforme dispõe o art. 2º:

Art. 2º – Definir como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, associada a uma rede organizada de atenção às urgências. (BRASIL, 2009, p. 33).

De acordo com o porte das UPAs, foram estabelecidas normativas para a capacidade física instalada, o número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar os atendimentos médicos. Em junho de 2011, foi publicado o Decreto Federal nº 7.508, com o importante papel de regulamentar a Lei nº 8.080 nas questões relativas a: organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. Sequencialmente, a Política Nacional de Atenção às Urgências(PNAU) foi reformulada com a criação da Rede de Atenção às Urgências no SUS. O documento definiu as diretrizes da rede, sua estrutura hierarquizada, descrevendo de forma pormenorizada seus componentes e os objetivos a serem alcançados com a regionalização dos atendimentos (BRASIL, 2011).

As UPAs foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido, eles poderiam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às UBS. De acordo com as suas atribuições, as UPAs deveriam funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de

pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológicos suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (SILVA *et al.*, 2012).

De acordo com a Portaria supracitada, as UPAS aparecem como referência para os casos em que é necessário o atendimento de urgência e emergência. Essas unidades devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes com quadros agonizados de natureza clínica.

A unidade deve realizar o procedimento para estabilizar o paciente e encaminhá-lo para os serviços hospitalares de maior complexidade, se houver necessidade. Pode-se ainda mencionar os atendimentos aos pacientes com outros problemas clínicos, tais como: hipertensão, diabetes descompensado, febre alta, fraturas, cortes, problemas no sistema circulatório, bem como, questões relacionadas a saúde mental (transtornos mentais e dependência química) (GUIMARÃES, 2013).

Conforme os termos da Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011, do Ministério da Saúde, as UPA são unidades integrantes da Diretoria de Atenção à Saúde sob supervisão dos Distritos Sanitários<sup>3</sup>, em funcionamento diuturnamente, com a finalidade de prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos e crônicos de alguma intercorrência clínica.

Suas competências como dispõem a referida portaria, consistem em: dispor de serviços de acolhimento e classificação de risco, feitos por enfermeiros e técnicos em enfermagem; dispor de assistente social e psicólogo, que direcionem ou atendam às demandas dos pacientes; adotar uma política de classificar os riscos para priorizar o atendimento médico e odontológico nos casos mais graves; fazer uso de sistema informatizado na urgência, registrando assim o atendimento diário; e exercer outras atividades compatíveis com as suas competências ou que lhe forem atribuídas pelo Diretor Geral do respectivo Distrito Sanitário, bem como pelo Diretor de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, é importante salientar que as mudanças ocorridas no SUS buscam notadamente trazer melhorias para o sistema e oferecer aos cidadãos brasileiros um serviço de saúde que prime pela qualidade e eficiência na prestação de serviços, mas é necessário que as mudanças sigam as inquietações dos indivíduos e que dêem ao sistema agilidade e retornos reais para os pacientes e profissionais da área de saúde, para que ambos tenham as suas necessidades e carências supridas.

---

<sup>3</sup> A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão (ALMEIDA *et al.*, 1988, p.21)

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, mas entende-se que as UPAs só realizam atendimento às urgências e emergências consideradas prioritárias no âmbito do SUS, em atenção aos princípios doutrinários do SUS - equidade, universalidade e integralidade, entendida como uma forma de articulação das esferas de Governo-Federal, estadual e municipal, que assumem o caráter de responsabilidade, a fim de obter uma política de saúde mais adequada para o povo brasileiro.

Sendo assim as UPAs funcionam em conformidade com a Portaria nº 10/GM/MS de 03 de janeiro de 2017, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento dessas unidades de saúde, como uma forma de planejar e atuar na política de saúde.

I - funcionamento ininterrupto 24 (vinte e quatro) horas e em todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos; II - Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com a necessidade de atendimento com qualidade, considerando a operacionalização do serviço, o tempo - resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade, em conformidade com a necessidade da Rede de Atenção à Saúde - RAS e as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classe profissional; III - acolhimento; E IV - classificação de risco. Art. 4º As ações das UPA 24h deverão fazer parte do planejamento da Rede de Atenção às Urgências - RAU, a qual se encontra vinculada, bem como incluídas no Plano de Ação Regional da RAU, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2017).

Observa-se a saúde está completamente relacionada com a forma com que a sociedade se organiza. O funcionamento das UPAs 24h e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares são responsáveis por inúmeros tipos de atendimentos, em sua maioria, casos de média complexidade visando à diminuição da sobrecarga nos hospitais.

Neste sentido, o Assistente Social assume um papel fundamental na compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e de suas intervenções nas UPAs, na busca de respostas e estratégias político-institucionais para solucionar essas questões. Assunto este a ser explorado no próximo capítulo.

### 3 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE PÚBLICA

O presente capítulo discorre sobre as intervenções do serviço social na saúde, em seus antecedentes históricos, características do processo de trabalho, bem como as suas competências e atribuições no âmbito da Saúde Pública, apresentando uma discussão acerca do espaço sócio-ocupacional do serviço social e a prática interventiva nas UPAs, mediante um relato de experiência, colocando em evidência os fatores críticos para a sua manutenção.

#### 3.1 Antecedentes históricos do Serviço Social no Brasil

Historicamente, a gênese do Serviço Social no Brasil decorre de dinâmica das relações vigentes na sociedade, a partir da segunda metade da década de 1920, quando instituições ligadas à Igreja Católica encamparam um movimento chamado de Ação Católica, cujo objetivo, segundo Renato de Paula (2005, p. 11), “[...] era difundir a doutrina social da igreja, ampliando o apostolado laico.”

Portanto, o Serviço Social no contexto brasileiro surgiu com forte vinculação à ação religiosa, sendo que “o seu reconhecimento enquanto profissão institucionalizada, só ocorrera quando a Igreja Católica, enquanto instituição social, organizou-se para assumir um papel ativo na chamada questão social” (RAICHELIS, 1998, p. 62). Fomentava-se, assim, segundo a mesma autora, um sindicalismo assistencial e refinava tecnicamente as ações da caridade.

Exemplos de práticas assistenciais existem no Brasil, desde os primórdios do período colonial, sem que houvesse intervenção do Estado. Fruto da ausência de previsão normativa, a assistência social era associada às ações de caridade e filantropia, normalmente sob a responsabilidade da Igreja Católica e organizações fora do contexto da esfera pública.

A incidência de fenômenos ocorridos no cenário internacional, incluindo a primeira Guerra Mundial e o colapso da bolsa de valores de Nova York, em 1929, refletiu-se na política brasileira. “Evidenciou-se nessa época o início do processo de modernização do país motivado pela necessidade de incremento dos setores industriais e da expansão dos movimentos migratórios das zonas rurais para as urbanas” (SILVA, 2015, p. 43).

A assistência social caracterizou-se também como “ação produzida e conduzida”, tendo como pano de fundo uma rede de solidariedade da sociedade civil que, aliada, no Brasil, a um Estado repressor, funcionou por um longo tempo como instrumento no controle da questão social (SPOSATI, 1995, p. 7). Esta realidade perdurou durante todo o império e nas quatro primeiras décadas da república brasileira.

Somente a partir da Revolução de 1930, com a chegada de Getúlio Vargas à Presidência do Brasil, é que o Estado começa a chamar para si as responsabilidades em cuidar da saúde e da assistência pública, principalmente após a promulgação da Constituição Federal de 1934 (MESTRINER, 2008, p. 66).

Em 1935, foi editada a Lei nº 91, de 28 de agosto, na qual declara algumas organizações, inclusive as de assistência social, como de utilidade pública e permite o repasse de recursos do Estado para referidas organizações (CASTRO; OLIVEIRA, 2013, p. 153).

Os governos de Jânio Quadros (1961) e João Goulart (1961-1964) ficaram marcados pela estagnação econômica face ao endividamento externo e o aumento da inflação (MARTINEZ, 2013, p. 29). O autor comenta que forças populares pressionaram o Estado a ampliar o espaço de participação da sociedade, tanto política quanto econômica.

Com a instauração da ditadura militar, em 31 de março de 1964, as forças armadas assumem o poder com o objetivo político de se implantar um regime autoritário. A partir de então, os militares se sucederam no poder intervindo na vida política, econômica e social da população brasileira. Tratava-se de um regime ditatorial, entendido como “governo não refreado pela lei que se coloca acima dela e transforma em lei a própria vontade” (BOBBIO, 1992, p. 373).

A transição do governo ditatorial civil-militar para a democracia começou a delinear-se no início da década de 1980. Instala-se na sociedade um cenário de mobilização e reivindicação de práticas inovadoras e eficazes na área social. Neste período, em nome da segurança nacional, o Estado alia-se à elite para ampliar as ações assistenciais através dos programas, benefícios e serviços, os quais foram utilizados para amenizar o empobrecimento do cidadão e evitar algum tipo de mobilização por parte dos trabalhadores (MESTRINER, 2008, p. 164).

Mas, o elo historicamente construído de que a Assistência Social estaria ligada à caridade, filantropia e medidas assistencialistas, finalmente foi quebrado com a Constituição Federal de 1988, ao instituir a Seguridade Social como Política Pública de Proteção Social, política de direitos e de responsabilidade estatal (PEREIRA, 1998), reforçando sobremaneira o processo de trabalho dos profissionais do Serviço Social, como exposto no tópico a seguir.

### **3.2 Características do processo de trabalho do assistente social**

Julga-se importante fazer um breve retrospecto acerca dos processos de trabalho do assistente social, haja vista que “[...] A partir de discussões em relação aos processos de



trabalho no Serviço Social é que faz surgir indagações importantes que facilitam a pensar, a ampliar uma autoconsciência dos profissionais quanto ao seu trabalho.” (IAMAMOTO, 2008, p. 70).

A dinâmica do Serviço Social leva à compreensão de que o espaço ocupacional constitui resposta às demandas societárias postas as quais exigem que este possa ser qualificado, a fim de detectar as mais diversificadas demandas societárias apresentadas. Assim, diante da necessidade de novas respostas, este trabalhador, engendrado na categoria do Serviço Social poderá atuar, ampliar e fazer valer seu Código de Ética, resultado da luta dessa classe trabalhadora no que refere à arena de atuação no âmbito das políticas públicas enquanto direito estabelecido na CF/1988.

Essas determinações apontam a idéia de que o Serviço Social é atividade subordinada a diretrizes estabelecidas na formação profissional a qual detém a concepção ideológica e da práxis as quais condicionam o profissional, desde a sua gênese enquanto agente de transformação social moldado a partir da natureza de sua formação. Concebe-se a atuação profissional do assistente social como prático-interventiva, a exigir análises e interpretações da realidade com o fim de promover a construção de estratégias de ação com referência a valores ético-morais com foco na efetividade da intervenção (GUERRA, 2007).

Faleiros (2002) entende que a prática profissional do assistente social tem caráter político e educativo, pois suas ações incidem sobre os sujeitos sociais, influenciando em seus modos de pensar e agir, colaborando assim, com um determinado projeto de vida societária. Segundo o mesmo autor, a intervenção dos profissionais do Serviço Social na prática cotidiana e institucional, referendados nos princípios ético-político da profissão, faz-se necessário identificar e desvelar, na realidade, a questão social e suas múltiplas manifestações.

Tal proposta é viável na construção da estratégia de intervenção profissional, sem perder a força e conhecimento específico da profissão. Fato que exige assumir a particularidade da profissão no contexto das transformações efetivadas nas relações e a realidade social (FALEIROS, 2002).

Em referência ao processo histórico de formação do assistente social, Iamamoto relata que esta profissão tem passado por inúmeras modificações, procurando romper com o mero assistencialismo, caminhando para uma atuação em favor da cidadania e na democratização dos serviços sociais (2008, p. 16).

Paula (2005) considera que a identidade inicial do assistente social caracterizou-se, inicialmente, pelo conteúdo doutrinário e confessional da Igreja Católica e sua emergência foi

ampliada a partir da criação das primeiras escolas, que visavam à profissionalização da assistência e a sua tutela pelo aparato religioso.

Em meados da década de 1940, o Serviço Social no Brasil foi influenciado pelo modelo norte-americano, resultando na sua ascensão política, ideológica e cultural. Neste sentido, a profissão prepara-se para trabalhos de desenvolvimento da comunidade, como estratégia para garantir a prosperidade, o progresso social e a hegemonia da ideologia do capitalismo. “Esta política visava preservar o mundo livre de ideologias não democráticas. Parte do pressuposto de que as populações pobres têm maior receptividade ao comunismo” (SILVA, 2015, p. 26).

Entretanto, pode-se dizer que foi sob o viés do desenvolvimentismo que o Serviço Social lançou as circunstâncias indispensáveis à sua legitimação profissional na sociedade brasileira. Isto porque, a configuração histórica assumida pelos profissionais insere-os no centro dos conflitos entre as classes e que, até aqui, coloca-se a serviço do capital, embora o ideário de categoria fosse o de articulação com os dominados (MARTINELLI, 2009).

Contudo, esta visão do Serviço Social rompe ao final da década de 1960, nos aspectos vivenciados pela profissão, que “colaboraram com este rompimento as mudanças provocadas pelo Golpe de 1964, quando se instaurou no País um sistema repressivo e centralizador” (SILVA, 2015, p. 29).

O final da década de 1970 apresentou expressivo desgaste da ditadura militar, o que veio favorecer o fomento dos movimentos sociais e das lutas pela redemocratização. Devido a essa nova configuração do cenário brasileiro, surgem movimentos de caráter reivindicatório e denúncia (PIANA, 2008). A autora discorre que a sociedade civil iniciou um processo de articulação em busca da volta do Estado de Direito, da anistia política, justiça social.

Conforme esclarece Silva (2015, p. 34):

[...] o Serviço Social também foi incluído em um novo cenário, principalmente, o latino-americano. Ainda recebendo influência norte-americana, o Serviço Social brasileiro passou a se identificar com problemáticas mais sintonizadas com sua realidade, principalmente, do projeto de desenvolvimento alicerçado em bases desiguais; da sua vinculação ao projeto dominante; da sua institucionalização pelo aparato estatal e seu afastamento dos movimentos populares (2015, p. 34).

Com a identificação da ligação do Serviço Social com a classe dominante, grupos organizados de assistentes sociais efetuaram diversos encontros, com a finalidade de discutir o seu papel na sociedade, desencadeando o "Movimento de Reconceituação." (PEREIRA, 1998).

De acordo com Piana (2008), o referido movimento negava o modelo norte-americano, passando a vincular a prática profissional com os interesses sociais da população. A partir desse movimento, resgatou-se no Serviço Social a necessidade de articular a teoria e a prática, mediante a apropriação de metodologias próprias, o que possibilitou a construção de diferentes e múltiplas formas de "ser assistente social". Por outro lado, apontou para a existência de antagonismos que garantiram a efervescência do debate no interior do Serviço Social.

Neste sentido, a identidade profissional foi "posta em seu lugar no cerne do movimento, envolta por múltiplas forças contraditórias, a identidade começou a ganhar uma nova dimensão de força viva, de movimento permanente e de construção incessante." (MARTINELLI, 2009, p. 133).

O movimento pretendia rever o projeto profissional e redefini-lo a partir da realidade vivenciada, caracterizando-se por um processo de revisão crítica que questionava a orientação positivista-funcionalista, que visava à adaptação do homem ao meio social no que se refere ao objeto, objetivos, ideologia e método, direcionando-se para “[...] o projeto profissional comprometido com a política de dominação e controle das classes subalternas, ditada pelo Estado autoritário” (SIMIONATTO, 2011, p. 166).

Ao final da década de 1970, a teoria de Gramsci passou a ser um marco teórico nas produções do Serviço Social. A sua influência permitiu à categoria refletir não somente sobre a esfera econômica, mas a política, ideológica e cultural. Entraram em cena considerações relativas às classes sociais, ao Estado, à sociedade civil, ao papel das ideologias e dos intelectuais na análise e compreensão da realidade social, possibilitando o desenvolvimento de uma atitude mais crítica e investigativa (SIMIONATTO, 2011).

O pensamento de Gramsci teve um importante papel no processo de renovação do Serviço Social “[...] permitindo aos profissionais ultrapassar a posição de ‘intelectuais subalternos’ e consumidores de reflexões de outras áreas” (SIMIONATTO, 2011, p. 236).

O movimento empreendido pelo serviço social na década de 1980 culminou com a construção do projeto ético-político, o qual pode ser compreendido como “[...] fruto e expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no País, com forte presença das lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura do grande capital.” (IAMAMOTO, 2008, p. 223).

Já o Código de Ética indica a direção ético-política para os (as) assistentes sociais, assim, o desafio posto é materializar os princípios no trabalho. “A valoração ética atravessa o

projeto profissional como um todo, não constituindo um mero seguimento particular dele” (PAULO NETTO, 2009, p. 148).

Nesse contexto, as décadas de 1980 e 1990 revelam um Serviço Social que passou a sustentar-se na *práxis* com uma abordagem não mais individual, mas sim na luta pelos direitos à assistência social mais ampla, fundamentada nos princípios de cidadania de uma forma geral, como prevê a Constituição Federal de 1988 e no decorrer de todos esses anos a construção da LOAS, da implementação do novo Código de Ética do Assistente Social, em 1993, e a Nova Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662/93. A partir de então, muda-se o olhar do Assistente Social diante do modelo de assistência social no Brasil (CRESS, 2003).

Estas conquistas, em especial o Código de Ética, que se constituiu no instrumento jurídico com uma nova dimensão à prática dos profissionais do Serviço Social, se devem aos esforços das entidades nacionais representativas, como a Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS); Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS); Conselho Federal de Assistentes Sociais/Conselho Federal de Serviço Social (CFAS/CFESS), dentre outras, representativas da categoria que eram dirigidas e eleitas democraticamente, nos projetos políticos progressistas (CRESS, 2003).

Segundo Paulo Netto (2009), o Serviço Social, na década de 1990, é caracterizado por avanços constituídos por um conjunto de profissionais direcionados na tendência “intenção de ruptura”, tanto no aspecto político, como no institucional e no acadêmico. E baseado nesta intenção, o Serviço Social conquistou vários avanços motivando, assim, a hegemonia no debate profissional. Foi neste período que estas questões passaram a ser enfrentadas como necessárias no aprofundamento e investigação da prática do Serviço Social.

É também durante os anos de 1990, que o Serviço Social prioriza a busca pela qualidade dos serviços prestados, colocando em evidência a ética da profissão, além de englobar toda uma dimensão política, econômica e social, que vem determinando a condição de vida dos indivíduos com influência direta na prática profissional do Assistente Social, delineando assim um novo perfil profissional (PAULO NETTO, 2009). Justamente nesta época acontece o fortalecimento do neoliberalismo.

A política neoliberal defende o Estado mínimo no país, gerando a precarização e a redução das conquistas sociais e trabalhistas. Na opinião de Paulo Netto (2009), o Serviço Social faz ofensiva ao neoliberalismo e passa a se colocar como categoria contra as injustiças sociais e a favor da inclusão social. Essa defesa teve seu ponto de partida na concepção das políticas sociais de natureza universal, que a categoria vinha discutindo coletivamente.

### 3.3 Competências e atribuições do Assistente social no âmbito da Saúde Pública

A área da saúde, para os profissionais de Serviço Social, é vista como um desafio profissional por conta das vulnerabilidades sociais e econômicas apresentadas como demandas diárias. É necessário que esses profissionais conheçam as políticas que norteiam a área e as referências específicas como as principais patologias, para compreender o contexto o qual estão inseridos (COSTA, 2017).

Porém cabe ao profissional de Serviço Social, envolvimento constante e com responsabilidade em lutar pela efetivação das diretrizes do SUS, utilizar suas ferramentas de trabalho cabíveis, no entanto o assistente social, nos serviços de saúde, tem o papel de assegurar a integralidade e o cumprimento das ações prevista na (Lei nº 8080/90 –Lei orgânica da saúde que descreve os princípios e fundamentos do SUS. Entende-se, assim, que:

[...] Cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004 *apud* CFESS, 2009, p. 14).

A Política de Saúde, reconhecida no texto Constitucional como “Direito de Todos e Dever do Estado”, vem sendo implementada e efetivada através do Sistema Único de Saúde – SUS (CFESS, 2009). Esta configuração da política de saúde impactou o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Ampliou-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados para amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Os (as) assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: “Ações de caráter emergencial; Educação e Informação em saúde; Planejamento e Assessoria e Mobilização de Comunidade” (CFESS, 2009).

As ações de mobilização e articulação de recursos humanos e materiais, dentro e fora do sistema público e privado de saúde, correspondem ao primeiro eixo e estão relacionadas às condições de vida da população, ao déficit de oferta dos serviços para atender às demandas dos usuários (XAVIER; LOPES, 2016).

Educação e informação em saúde constituem o segundo eixo, cujas ações se referem às orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, família e à comunidade para esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemáticas que envolvem a colaboração de todos na resolução de problemas de saúde individual e coletiva (HOFFMANN, OLIVEIRA; REIDEL, 2017).

O terceiro eixo compreende o Planejamento e Assessoria e objetiva qualificar os recursos humanos na esfera operacional da unidade, além de instrumentalizar a formação de equipes de acordo com as novas exigências técnicas do modelo em curso (SILVA; KRÜGER, 2018).

Já o quarto eixo corresponde à Mobilização de Comunidade e que, segundo Hoffmann, Oliveira e Reidel (2017), compreende “ações sócio educativas direcionadas à mobilização da comunidade em função do funcionamento de conselhos e do engajamento em trabalhos educativos voltados para a prevenção e controle de endemias/epidemias”.

As ações sócio educativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática, sua finalidade é proporcionar uma visão reflexiva e participativa aos usuários de serviços de saúde (CFESS, 2009, p.28).

As principais ações desenvolvidas nesse âmbito são: informação e debate sobre rotinas e funcionamento das unidades, objetivando a democratização da mesma e as necessárias modificações; análise dos determinantes sociais na situação apresentada pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe; análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular (CFESS, 2009).

O assistente social tem como objetivo cruzar o caráter emergencial e burocrático, direcionando suas ações rumo à mobilização e participação dos cidadãos na garantia de direitos à saúde. Através da procura espontânea ocorre o atendimento aos usuários que procuram o serviço social para buscar soluções e apoio em suas necessidades que passam de dificuldade econômica a reclamações por conta da má qualidade dos serviços (COSTA, 2017; SILVA; KRÜGER, 2018).

As ações assistenciais referem-se aos atendimentos sociais mediante as demandas que os usuários trazem ao assistente social da sua prática cotidiana. Por meio da convivência com pacientes e seus familiares, deve ocorrer à mediação em relação a direitos constitucionais, embasando-se sempre em fundamentos teóricos, legislações vigentes e garantia de acesso à saúde (COSTA, 2017).

O Serviço Social segue em busca do conhecimento da realidade socioeconômica e cultural dos usuários que são atendidos, por meio da reflexão, com estes, sobre a situação de saúde relacionada às condições de vida, por meio de troca de saberes, objetivando a transformação de seu cotidiano(SODRÉ, 2014).

Na visão de Costa (2017), a intervenção profissional do assistente social acontece no campo da proposição e formulação da gestão, do desenvolvimento e execução das políticas públicas, possibilitando o acesso dos segmentos das populações excluídas dos serviços e dos benefícios que foram conquistados socialmente e asseguram a cidadania, participação e exercício do controle social.

A prática do profissional tende a se restringir a apenas aos atendimentos cotidianos. Ressalta-se que os profissionais passam a ser vistos como a saída para solucionar problemas diversos, numa perspectiva de totalidade e a identificação das demandas presentes na sociedade (HOFFMANN; OLIVEIRA; REIDEL, 2017).

### **3.5A inserção do serviço social na urgência e emergência24 horas:Relato de experiência da UPA – Noroeste**

A caracterização da instituição em pesquisa resultou de consultas a diversos documentos oficiais das três esferas de governo, como: leis, portarias, resoluções, normas técnicas e instruções normativas, bem com o de órgãos ou entidades responsáveis pela emissão desses documentos, os quais são de interesse precípua do serviço social.

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.

Desta forma, prevê-se que a população terá uma melhoria no acesso, um aumento da capacidade de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

As principais etapas do serviço compreendem: recepção, acolhimento, com classificação de risco (Onde os pacientes são classificados em Vermelho como atendimento emergência casos gravíssimo com risco de morte, seguido dos pacientes classificados em Amarelo casos de urgência que necessitam de atendimento rápido mas podendo aguardar , e então dos pacientes classificados em Verde são casos menos graves podem aguardar atendimentos para outros serviços), Atendimento médico e Alta e/ou transferência.

A UPA 24h 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 necessitarem de atendimento. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, através do acolhimento com classificação de risco, com objetivo de definir a prioridade de urgência para o atendimento médico, o profissional médico avalia e decide a melhor conduta.

Mantém paciente em observação, por até 24 horas<sup>4</sup> 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 ou retorno com encaminhamento às unidades básicas de saúde.

A Unidade de Pronto Atendimento 24 horas - UPA Maria Pires Perillo foi nomeada sem que a população fosse consultada, inaugurada no dia 14/09/2015, situada na Rua JC-22, S/N, Jardim Curitiba I, na cidade de Goiânia-GO, CEP 74480-650. Tem estrutura e organização da rede de urgência e emergência de Goiânia. A UPA Maria Pires Perillo, sendo um órgão público, desenvolve seu trabalho em prol de atender às demandas geradas pela população da Região Noroeste, desta capital.

As atividades realizadas junto Aupa Noroeste foram de grande importância, uma vez que, por meio do estágio supervisionado, foi possível realizar uma interação junto à instituição, conhecer a realidade da função do profissional formado em Serviço Social.

Tendo em vista que o trabalho do(a) assistente social consiste em realizar atendimento aos usuários e integral às famílias com vistas à garantia de acesso à rede de saúde a partir da articulação as demais políticas públicas, contando com o apoio de uma equipe multiprofissional.

Os profissionais de Serviço Social da UPA 24h - Maria Pires Perillo utilizam como instrumento de trabalho: o mapa diário, ficha de encaminhamento para rede proteção, caderno de relatório do Serviço Social com o registro de informações relevantes sobre o usuários os

---

<sup>4</sup> Art. 12- O tempo máximo de permanência do paciente na UPA para elucidação diagnóstica e tratamento é de 24 h, estando indicada internação após esse período, sendo de responsabilidade do gestor a garantia de referência a serviço hospitalar. (Resolução nº 2079, de 14/08/2014/CFM- Conselho Federal de Medicina).



prontuários dos usuários atendidos na unidade para contribuir com o trabalho dos demais profissionais.<sup>5</sup>

Os tipos de recursos materiais do serviço social da instituição: mesa, cadeira, armário telefone computador desativado. Já os recursos humanos da instituição constituem-se de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, recepcionista, técnico de enfermagem.

As atividades realizadas no decorrer do estágio supervisionado compreenderam o planejamento das atividades, rodas de conversa com os assistentes sociais da UPA que trabalham em regime de plantão, acompanhamento de visitas aos leitos dos usuários realizada pelo(a) assistente social de plantão, discussão para a criação de um instrumental com o objetivo de subsidiar os atendimentos internos e externos, elaboração de trabalho de pesquisa, revisão do instrumental elaborado pelas estagiárias (a correção foi feita pela supervisora e as estagiárias), a leitura do documento sobre os parâmetros para atuação do assistente social na saúde.

Para uma atuação e competência do Serviço Social na área da saúde, segundo os parâmetros para atuação dos assistentes sociais (CEFESS, 2009, p 23), torna-se imprescindível a efetivação das seguintes ações:

Prestar orientações (individuais e coletivas) e / ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária, no sentido de democratizar as informações;

Identificar a situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção;

Realizar abordagem individual e / ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes;

Criar mecanismo e rotinas de ação que facilitem e o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;

Realizar visitas domiciliares quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos usuários e esclarecendo os objetivos das mesmas;

Realizar visitas institucionais com objetivo de conhecer e mobilizar a rede de serviços no processo de viabilização dos direitos sociais;

Trabalhar com as famílias no sentido de fortalecer seus vínculos, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

---

<sup>5</sup> (ROCHA, Bruna. Estágio supervisionado, Goiânia-GO 2018-2019 )

Criar protocolos e rotina de ação que possibilitem a organização, normatização e sistematização do cotidiano do trabalho profissional;

Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sigilosas que devem ser registrados no prontuário social.

Todos os mecanismos de avaliação e de aprendizado podem ser considerados satisfatórios, entretanto realmente será benéfico para o aprendizado do estagiário, proveitoso para a formação profissional e para a relação teórico/prática.

Durante o estágio foram identificados inúmeros pontos estrangulamentos que comprometem a ética do trabalho do assistente social na saúde, principalmente na unidade de urgência e emergência da UPA Noroeste, como descrito a seguir.

O serviço social ocupa uma sala pequena sem estrutura para uma boa escuta com usuário, localizada na parte de fora, junto com recepção da unidade, alta de equipamento para desenvolver um bom trabalho, falta de internet para o assistente social poder fazer alguma busca quando se precisa, falta de plano de trabalho do assistente social, porém, por conta da pandemia não finalizou, falta de fiscalização por parte do Conselho (CRESS), que nunca foi fazer uma visita ao serviço social da unidade pronta atendimento UPA Noroeste, o serviço social não tem uma coordenação dentro na unidade, ficando na sala de regulamentação.

O serviço social dentro da unidade exerce tarefas que não são de responsabilidade do assistente social, conforme os parâmetros para atuação dos assistentes sociais (CEFESS, 2009, p. 23) e o código de ética. Observou-se que os gestores demandam aos assistentes sociais realização de funções por falta de trabalhadores qualificados para determinadas áreas, ou seja, ocorre a precarização do trabalho. Os assistentes sociais são profissionais graduados no curso de Serviço Social, reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), o curso com duração de quatro anos, com registro no Conselho Federal de Serviço Social (CRESS), sendo uma profissão regulamentada pela lei Federal n.8.662/1993, que estabelece suas competências e atribuições.

A unidade conta com quatro assistentes sociais, contratados através de concursos públicos com jornadas em diferentes escala 12/60. As assistentes sociais são profissionais que atuam com a equipe multiprofissional da saúde, que contribuem efetivamente nas políticas visadas para mobilização profissional dentro da instituição entre elas estão a Política de

Saúde, Programa de Prevenção da Exposição (PPEOB), política nacional do idoso, acaba usando todas.<sup>6</sup>

Os(as) assistentes sociais sempre utilizam os instrumentos técnico-operativos na prática profissional do seu exercício como uma ferramenta de articulação entre os usuários sendo o assistente social um trabalhador inserido na divisão social e técnica do trabalho. Os instrumentais técnico-operativos são como um “conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional” (MARTINELLI, 2009, p. 137). É nesta perspectiva que as assistentes sociais estão sempre procurando se adequar para atender as demandas que crescem na medida em que cresce as desigualdades sociais.

Nesse contexto, é fundamental que o (a)assistente social, no seu cotidiano de trabalho, tenha o domínio de ferramentas que qualifiquem a sua prática profissional, estabelecendo o acolhimento necessário a garantia de acesso à saúde por parte dos usuários.

Constituído o uso dos instrumentos técnicos operativos, tendo como respaldo o Código de Ética Profissional e a lei de Regulamentação da profissão dentro da saúde, é necessário que o assistente social conheça de fato os princípios e diretrizes do SUS para que possa garantir o atendimento das demandas sociais na saúde. É preciso que o assistente social tenha clareza de suas atribuições e competências no âmbito da prestação de serviço na política de saúde, tendo como direção social o Projeto Ético-político da Profissão (PEP), bem como a sua participação e compromisso nos conselhos locais de saúde, socializando informações em prol dos interesses da classe trabalhadora.

---

<sup>6</sup> (ROCHA, Bruna. Estágio supervisionado, Goiânia - GO 2018-2019 )

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do assistente social no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento corresponde à efetivação de ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde, contemplando as determinações sociais do processo de saúde-doença, o que significa potencializar esse campo pela interdisciplinaridade quanto aos diferentes saberes que se apresentam na ação.

Do estudo de revisão da literatura acerca da temática, pode-se deduzir que as estratégias de intervenção que demarcam a prática profissional dos assistentes sociais em torno das demandas socialmente suscetíveis de vulnerabilidades, e que se expressam no cotidiano de trabalho pelos usuários, pelas equipes e pela gestão dos serviços de saúde, são de crucial relevância na perspectiva da organização dos processos de trabalho, nos quais se inserem os profissionais do Serviço Social.

Há um consenso entre os estudiosos do assunto e dos autores consultados de que o assistente social, como profissional de saúde, tem como competências intervir junto às questões de cunho econômico, social e cultural, que possam comprometer a eficácia dos programas de promoção, proteção e ou recuperação da saúde. O papel do profissional vem se tornando cada vez mais importante, configura-se necessário para a promoção e atenção à saúde.

Os objetivos do estudo foram alcançados na medida em que se pôde compreender que o significado e abrangência das ações do Serviço Social são amplos e complexos, a ponto de exigirem a composição de uma estrutura capaz de enfrentar os desafios com competência político-administrativa.

Entretanto, ao considerar a literatura produzida pelo Serviço Social na área da Saúde, de modo específico sobre a atuação do assistente social nas Unidades de Pronto Atendimento, é passível de verificação que ainda é pouco comum as reflexões que resgatam as experiências profissionais realizadas ou em curso, independentemente dos recortes analíticos, através dos quais elas foram sistematizadas.

É preciso considerar a emergência da necessidade de defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora, especialmente no momento de crise provocada pela pandemia, que tem afetado de maneira brutal os grupos mais vulneráveis, os profissionais de saúde. Assim, diante da reprodução da desigualdade e do desmonte planejado da seguridade social brasileira, o Serviço Social demandado para atuar nas expressões da questão social, em caráter mediador de intervenção.

A classe trabalhadora é a mais afetada nesta conjuntura, com um governo genocida que conduz o país para uma catástrofe de dimensões incalculáveis. Com um Governo da extrema direita, em um cenário de crises incerteza, a preocupação com o futuro por parte dos trabalhadores (as) é enorme, especialmente dos seus setores mais oprimidos e vulneráveis, em um processo de solidariedade ativa.

Considerando a atual conjuntura, um grande desafio, portanto., é a defesa da vida e da igualdade com equidade numa perspectiva de atuação pela a classe trabalhadora, temos movimentossociais e populares e com as forças políticas que caminham na organização da ruptura com o projeto neoliberal em curso. É preciso sintonia com os desafios do tempo presente, para que haja um enfrentamento das desigualdades social da população brasileira. É preciso que haja mais respeito por parte do nosso governo com sistema que temos hoje o (SUS), porém existe uma política de negação à ciência.

As políticas sociais são necessárias à sociedade brasileira, com um Sistema Único de Saúde e Assistência Social para enfrentar e garantir o mínimo social das pessoas aliado às lutas democráticas da classe trabalhadora

É preciso que haja um Estado de bem estar social, políticas sociais, fundo público e a mobilização dos trabalhadores, e ter clareza do momento que estamos vivemos e ter profunda solidariedade de classe e seguimento político para unir forças para combater um governo totalmente ultradireita para que possamos ter um outro projeto de sociedade

A nossa profissão precisa resistir a esses desmontes das políticas publicas e estar ao lado da população para ter capacidade critica e coletiva diante desse cenário, buscando por mais Educação, Estado de bem-estar social, mais Sistema Único de Saúde, Assistência Social, acesso democratico ao lazer e as atividades culturais, mais previdência, sendo assim em defesa do nosso projeto ético-político, atuando sempre na linha de frente nos momentos de calamidade publica, considerando os impactos da pandemia pelo covid 19, na vida da população em especial aqueles em situação vulneráveis.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço Social e filosofia: das origens a Araxá**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de, *et al* (Orgs). **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. Volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

ALMEIDA, Raquel Karlinski. **Contribuições do trabalho do/a assistente social no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de Ijuí/RS**. 2015. 108p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Ciências Jurídicas, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-UNIJUÍ, Ijuí, 2015.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade**. 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

BRAGA, André Luiz de Souza. **A educação em saúde e a prática odontológica nas Unidades Básicas de Saúde no município de Niterói - RJ**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente), Centro Universitário Plínio Leite. Niterói, Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL, **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 31 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2009.

\_\_\_\_\_. Orgânica da Assistência Social – LOAS. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Disponível em <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/legislacao-federal/LOAS.pdf>. Acesso em 23 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. **Lei que Regulamenta a Profissão nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão. [Vitória]: CRESS, [1994?]. p. 32- 43.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução 1451, de 10 de março de 1995**. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/resolucao>. Acesso em 25 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009**. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário oficial [da] União, Brasília, DF, 15 maio 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011**. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto-atendimento (UPA 24h) e

do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. 8 nov. 2011; Seção1:48.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

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

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. In: \_\_\_\_\_. **Subsídios para atuação de Assistentes Sociais na Política de Educação**. 3 ed. Brasília: CFESS/CRESS, 2014. p. 32-34.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **CFESS. Serviço Social na educação**. In: Grupo de Estudos sobre Serviço Social na Educação. Brasília: CFESS, 2001, p. 7 – 32.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **CFESS. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Assistência Social**. Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais, nº1, Brasília: CEFESS, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselhos Regionais de Serviço Social - **CRESS. Assistente Social: Ética e Direitos – Coletânea de Leis e Resoluções**. 2a ed. Revista e Ampliada. Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **CFRSS. Conselhos Regionais de Serviço Social - CRESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS/CRESS, 2010.

CAMPOS, R. M. **Satisfação da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho**. Dissertação (Mestrado), 127 p. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio grande do Norte, Natal/RN, 2005.

CANUTO, Ondina *et al.* A Inserção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. **SANARE**, ano v, n. 1, jan/fev/mar, p.65-76, 2004,

CASTRO, A. S.; OLIVEIRA, J. C. C. Direito fundamental à assistência social: algumas considerações. **Rev. SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 36, p. 151-172, abr. 2013.

COSTA, D. L. A política nacional de saúde: o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XX, n. 161, jun. 2017.

COSTA, Mônica Rodrigues. A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. In **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, 13(2): 85-107, jul.-dez., 2007.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

FONSECA, Érica da. **Rede temática de atenção às urgências e emergências na perspectiva de gestores hospitalares**. 2016. 70f. Dissertação (Mestrado em Gestão da

Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), São Carlos/SP, 2016.

GONÇALVES, Amanda Boza; KERNKAMP, Clarice da Luz. **Processos de trabalho e Serviço Social**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: O processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998. 2002, 421 f. Tese (Doutorado em Administração) - Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia (UFB), Salvador/BA.

GUERRA, Y. **Instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: Capacitação em serviço social e política social**. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília, CFESS-ABEPSS-CEAD/NED/UnB, 2000.

HOFFMANN, E.; OLIVEIRA, S. P. S.; REIDEL, T. O trabalho do (a) assistente social na atenção básica: dilemas e perspectivas no município de Natal/RN. **Anais do I Colóquio Internacional IV Colóquio Nacional sobre o Trabalho do/a Assistente Social**. Centro de Convenções de Maceió, 02 a 14 de outubro de 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo, Universidade Estadual Paulista, 1994.

MARTINELLI, M. L. **Serviço Social**. Identidade e Alienação. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. **Curso de Direito Previdenciário**. 5. ed. São Paulo: LTr, 2013.

MATOS, Maurílio. O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 74, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MESTRINER, M. L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MOTA, Ana Elisabete. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes In: MOTA, Ana Elisabete et al (Orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. SP: Cortez; Brasília/DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAULA, R. **O Serviço Social na trajetória de atendimento à Infância e Juventude**. São Paulo Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2005.



PAULO NETTO, J. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, P. A. **A política social no contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da assistência social**. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 56, 1998.

PIANA, Maria Cristina. **A construção do perfil do Assistente Social no cenário Educacional**. 2008. 238p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Franca, 2008.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em <[www.medicina.ufmg.br/dmps/saudenobrasil.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/saudenobrasil.pdf)>. Acesso em: 15.jun.2005.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS (PUC Goiás). **Relatório de Estágio Supervisionado de Serviço Social** - pesquisa de campo na UPAMaria Pires Perillo da Região Noroeste, Goiânia-GO – 2018-2019. (Diário de campo).

PREFEITURA DE GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Plano Municipal de Saúde - 2018 A 2021**.Goiânia, 2018.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da Construção democrática**. São Paulo: Cortez, 1998.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev. bras. enferm.**v. 58, n. 3, p. 355-360, 2005.

SANTOS, A. S. dos. **A Política de Saúde: dilemas e desafios para a implementação do SUS no município de São Félix**. 2016. 97p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro de Artes, Humanidades e Letras, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Cachoeira/BA, 2016.

SANTOS, M. A.; ALMEIDA BERNACHI, S. R. A. **O papel do assistente social na saúde pública no município de Três Lagoas**. Associação de Ensino e Cultura de Mato Grosso do Sul – AEMS, 2014.

SILVA, D. C; KRÜGER, T. R. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 18, n. 35, jan./jun. 2018.

SILVA, E. R. **A atuação do assistente social no âmbito do PAIF no CRAS Jardim Novo Mundo – Goiânia – Goiás**. 2015. 74p. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUCGoiás), Goiânia/GO, 2015.

SILVA, G. S. et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 4, p. 445-458, 2012.

SILVA, G. N. **Intersetorialidade na saúde: estratégia de atuação do serviço social**. 2016. 233f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Ciências Humanas e Letras e Artes – CCHLA, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa/PB, 2016.

SIMIONATTO, Ivete. **GRAMSCI: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SODRÉ, F. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.

SPOSATI, A. O. **Carta-tema: a assistência social no Brasil, 1983 – 1990**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. O dilema da reforma sanitária Brasileira. In: Berlinguer, Giovanni; Teixeira, Sonia Fleury; Campos, Gastão Wagner de Sousa. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Editora Cebes; Hucitec. p.195-207. 1988.

XAVIER, P. R. H.; LOPES, S. M. B. As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 18, n.2, p.132 - 150, jan./jun. 2016.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais**. 2010. 282p. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG.