



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I (CAMPINA GRANDE)
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA
PROGRAMA NACIONAL DE FORMAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

ANTÔNIA ERICÉLIA SILVA ALMEIDA

COVID-19 E SAÚDE PÚBLICA: os impactos da pandemia na Unidade de Pronto Atendimento Doutor José Jorge Maciel em Natal - Rio Grande do Norte

CAMPINA GRANDE - PB
2022

ANTÔNIA ERICÉLIA SILVA ALMEIDA

COVID-19 E SAÚDE PÚBLICA: os impactos da pandemia na Unidade de Pronto Atendimento Doutor José Jorge Maciel em Natal - Rio Grande do Norte

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientador: Prof. Ms. Gilbergues Santos Soares

CAMPINA GRANDE – PB
2022

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A447c Almeida, Antonia Ericelia Silva.
COVID-19 e saúde pública [manuscrito] : os impactos da pandemia na Unidade de Pronto Atendimento Doutor José Jorge Maciel em Natal - Rio Grande do Norte / Antonia Ericelia Silva Almeida. - 2022.
25 p.

Digitado.

Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e Sociais Aplicadas, 2023.

"Orientação : Prof. Me. Gilbergues Santos Soares, Departamento de História - CH. "

1. Saúde pública. 2. Pandemia. 3. Unidade de Pronto Atendimento. I. Título

21. ed. CDD 362.1

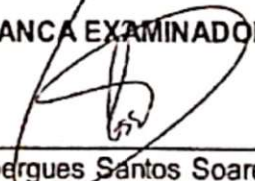
ANTÔNIA ERICÉLIA SILVA ALMEIDA

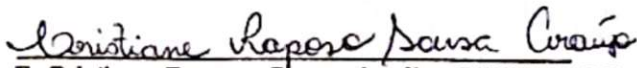
COVID-19 E SAÚDE PÚBLICA: os impactos da pandemia na Unidade de Pronto Atendimento Doutor José Jorge Maciel em Natal - Rio Grande do Norte

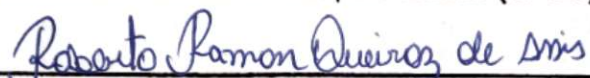
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado a Coordenação do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal.

Aprovada em: 06/12/2022

BANCA EXAMINADORA


Prof. Ms. Gilbergues Santos Soares (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Cristiane Raposo Sousa Araújo- PPGH/UFCG
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)


Prof. Ms. Roberto Ramon Queiroz de Assis- PPGH/UFCG
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

A todas as vítimas da pandemia e profissionais da linha de frente, pelas dores e perdas enfrentadas nessa trajetória.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.” Madre Teresa de Calcutá

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF – CONSTITUIÇÃO FEDERAL

UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RUE - REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RN – RIO GRANDE DO NORTE

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. A SAÚDE QUE TEMOS: Breve contextualização.....	09
3. PANDEMIA E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: considerações sobre o contexto da crise.....	12
4. A PANDEMIA E O SERVIÇO SOCIAL: mediação de direitos e defesa do SUS.....	17
5. METODOLOGIA.....	20
6. CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	24

COVID-19 E SAÚDE PÚBLICA: os impactos da pandemia na Unidade de Pronto Atendimento Doutor José Jorge Maciel em Natal - Rio Grande do Norte

Antônia Ericélia Silva Almeida¹

RESUMO

O presente trabalho trata de um relato de experiência quanto aos impactos da pandemia de covid-19, na unidade de Pronto Atendimento Doutor José Jorge Maciel, situada na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, popularmente denominada UPA Potengi. O método de análise está baseado na crítica a estrutura da sociedade capitalista, em que, sob muitos aspectos, influenciou no gerenciamento da pandemia, negligenciando seus efeitos físicos, econômicos e sociais. Articulado as vivências profissionais enquanto Assistente Social desse serviço. Para tanto, se fez necessário uma revisão bibliográfica sobre a construção da política pública de saúde, com o marco da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, do entendimento do que compõe a rede de urgência e emergência e sua importância para garantir a integralidade do cuidado. Bem como, dos efeitos que a pandemia produziu e vem produzindo na sociedade como um todo. Nesse sentido, busca-se evidenciar o contexto vivenciado pelo aparato estrutural em que se dispunha frente à expressiva demanda, os entraves identificados e a resistência diante do caos. Portanto, revelando, mais uma vez, o protagonismo do SUS e suas condições de enfrentamento a uma conjuntura desafiadora, em um contexto de sucateamento do serviço público e das políticas sociais, a importância do direito e acesso à saúde pública e de qualidade para toda a população.

Palavras - chave: Saúde pública. Pandemia. Unidade de Pronto Atendimento.

ABSTRACT

The present work deals with an experience report regarding the impacts of the covid-19 pandemic, in the emergency unit Doutor José Jorge Maciel, located in the city of Natal, in Rio Grande do Norte, popularly called UPA Potengi. The

¹ Graduação em Serviço Social e Mestrado em Serviço Social e Direitos Sociais pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Servidora pública e Discente do curso de Especialização em Gestão Pública Municipal pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: ericeliaalmeida@hotmail.com

method of analysis is based on criticizing the structure of capitalist society, which, in many ways, influenced the management of the pandemic, neglecting its physical, economic and social effects. Articulating professional experiences as a Social Worker in this service. For that, it was necessary a bibliographic review on the construction of the public health policy, with the landmark of the Sanitary Reform and the creation of the Unified Health System (SUS) in 1988, of the understanding of what composes the urgency and emergency network and its importance to ensure comprehensive care. As well as the effects that the pandemic has produced and has been producing on society as a whole. In this sense, we seek to highlight the context experienced by the structural apparatus in which it was available in the face of the expressive demand, the obstacles identified and the resistance in the face of chaos. Therefore, revealing, once again, the leading role of the SUS and its conditions for coping with a challenging situation, in a context of scrapping the public service and social policies, the importance of the right and access to quality public health for the entire population.

Keywords: Public health. Pandemic. Emergency care unit.

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é analisar os impactos da pandemia de covid-19 nas unidades de saúde de urgência e emergência em Natal, no Rio Grande do Norte (RN), com recorte principal para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), Doutor José Jorge Maciel, a qual se tornou conhecida popularmente como UPA Potengi.

Assim especificada, devido os limites deste artigo, bem como por acreditarmos que pela sua capacidade de atendimento, por vezes, no nível da superlotação, bem como, pelo papel fundamental e estratégico que exerce no território de vulnerabilidades a qual se situa, oferece os elementos suficientes para tecermos a construção necessária.

Nesse sentido, o interesse pela referida temática surge da vinculação profissional a mencionada unidade e, por esta, ter sido um dos maiores suportes no nível de território que a rede de urgência e emergência dispunha para pacientes acometidos pelo novo coronavírus, nos momentos de grande incidência das infecções.

Além disso, pela identidade profissional e projeto societário compatível aos princípios de construção da saúde pautados no movimento de reforma sanitária, ao qual defendemos como ideário de cidadania e que resiste perante a ofensiva neoliberal de privatização dos serviços públicos.

Encontra-se subdividido em três tópicos estruturantes, que se inicia, por um breve histórico do movimento de construção do SUS, o seu contexto de efervescência e, como, a partir dele, se constituiu o conceito de saúde alicerçado pela carta magna em 1988. O qual vigora como política pública de acesso irrestrito em todo o território nacional.

Seguido a isso, o surgimento da epidemia de Coronavírus desencadeada pelo vírus SARS-Cov-2, em dezembro de 2019 na província de Wuhan na china, se espalhando rapidamente para outros países. E, tendo no Brasil, eclodido os primeiros casos, no início de 2020, quando já se assumia o status de abrangência do vírus a nível global².

Este se popularizou com a nomenclatura denominada covid-19, até então, como um fenômeno totalmente fora do controle das autoridades de saúde, atingiu profundamente o cerne de diversas problemáticas como, por exemplo, a estrutura que os sistemas dispunham para o enfrentamento de uma doença desconhecida e, em muitos casos, letal.

Cenário de pânico e incertezas exigiu dos serviços, os que compunham a chamada “linha de frente” um verdadeiro aparato de guerra no enfrentamento a um inimigo invisível e, ainda, sem respostas e protocolos muito eficazes. Pois, do pouco que se sabia, o bastante e mais temido, era o seu potencial devastador.

Por último, o impacto desse cenário de tensões mundiais, mais detidamente no âmbito da rede de urgência e emergência pública de Natal. Isto, mediante as condições que estavam postas em rotinas “normais” de serviços dessa natureza, rapidamente surpreendida pela contramão de um acontecimento histórico, que chegava freneticamente exigindo a armadura do enfrentamento preciso. Além disso, a fundamentação teórico-metodológica e considerações finais.

² Informações retiradas do site: <https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/como-surgiu-o-novo-coronavirus-conheca-as-teorias-mais-aceitas-sobre-sua-origem>.

2. A SAÚDE QUE TEMOS: Breve contextualização

Ao longo de sua trajetória, a saúde no Brasil, por muitas décadas, esteve associada a um modelo de assistência excludente e restritivo de direitos, em que o Estado se responsabilizava minimamente pelo suprimento das necessidades da população, as quais eram pertencentes às classes desprovidas de recursos. Mecanismo que perdura até a sua idealização e construção enquanto política social estabelecida na Constituição Federal de 1988.

Percorrendo esse caminho, a literatura indica, basicamente, que a sociedade possuía uma assistência à saúde estabelecida, por um lado, em ações pontuais de cunho sanitarista, desenvolvidas pelo Estado e, por outro, associada à lógica contributiva do seguro social, relegando as demais pessoas que não estavam inseridas formalmente no mercado de trabalho, padecer sobre a própria sorte.

Nesse sentido, para a classe trabalhadora que atendia regularmente os parâmetros estabelecidos pela lógica da contrapartida, cabia à dispensa mensalmente de uma quantia do seu salário para poder dispor de alguns benefícios para si e/ou para os seus dependentes.

O que começa a se modificar quando setores organizados da sociedade civil e trabalhadores da saúde passam a se mobilizar para construir um novo sistema, tendo como base uma intensa luta da sociedade civil organizada, envolvendo diversos sujeitos políticos que se articularam no propósito de construir uma política de saúde de acesso gratuito e com serviços de qualidade para todas as pessoas.

Nesse patamar, a pauta da saúde se insere na seguridade social brasileira, como um direito de todos e dever do Estado, representado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a regência da lei 8.080/90, que apesar de ainda em construção, se constitui como um importante avanço no nosso país.

Sobretudo, quando se refere à conquista de direitos e a importância da mobilização popular para que mudanças reais aconteçam, bem como, de enfatizar o lugar devido do Estado enquanto responsável por proporcionar meios de provimento do bem estar individual e coletivo.

Com a ressalva de que o marco temporal decisório dessa pauta foi a VIII Conferencia Nacional de Saúde realizada em março de 1986 em Brasília, onde a mesma empunhava a criação de um sistema unificado de saúde, que contemplasse uma organização regionalizada, com atenção integral e equânime na produção de saúde. Portando, a saber:

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa Conferência, que contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional (CONASS, 2011, pág.22).

Dessa forma fica decretado, especialmente no texto sobre a Seguridade Social Art.196, que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Além da criação do SUS foi acrescida uma importante conquista dada pela lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que insere o controle social como um mecanismo de ampliação da democracia por meio da participação popular na fiscalização dos recursos destinados a política de saúde.

É importante destacar que, antes da aprovação do SUS não eram consideradas as estratégias de prevenção de forma abrangente como se tem

hoje, bem como a promoção da saúde, mas somente o estado de adoecimento em que se encontrava o paciente.

Portanto, não era analisado o que desencadeou aquele problema e o que poderia ser feito para que ele não se proliferasse, por isso mais uma conquista da Reforma Sanitária, a partir da criação do SUS foi à ampliação do conceito de saúde, nesse sentido fica estabelecido 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; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (art.3º da lei 8.080/90).

Nessa perspectiva, ressaltamos que a concepção de saúde envolve diversos fatores que incidem diretamente na qualidade de vida da população tanto a nível individual como social em um conjunto de aspectos que mesmo diferentes se complementam. Todavia, como vemos, a construção da política de saúde no Brasil esteve intimamente ligada a interesses divergentes desde as suas primeiras ações mais abrangentes até a sua proposta de consolidação como direito social.

Desse modo, é notório que diversos entraves foram postos na sua trajetória, os quais o mais forte e que até hoje permanece, é a investida do setor privado, com a mercantilização de alguns serviços, que estrategicamente, não são ofertados na rede pública ou em menor alcance.

Contudo, é possível dizer que, mesmo diante das dificuldades que a saúde pública enfrenta cotidianamente, o SUS é um grande avanço para o povo brasileiro, justamente por ter sido fruto do pensamento e luta coletiva, do qual a sociedade civil unida em torno de um objetivo comum consegue êxito em meio a uma conjuntura que tradicionalmente se apresenta como restritiva de direitos e favorecedores do mercado.

Por isso, devemos lutar pela sua existência, exercendo o controle social, participando dos espaços de diálogo, mobilização, formação e articulação, na busca pela melhoria da qualidade da estrutura e dos serviços prestados a

população usuária, com recursos humanos e materiais satisfatórios para atender as suas demandas.

Principalmente, diante da atual conjuntura de desqualificação e desarticulação dos movimentos sociais, onde o Movimento de Reforma Sanitária é para nós, um importante foco de resistência, e como tal merece ser fortalecido a cada dia e sempre nos espaços e agendas de lutas da classe trabalhadora, na perspectiva de resguardar os seus ideais das investidas privatistas.

3. PANDEMIA E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO: considerações sobre o contexto da crise

O surto de coronavírus iniciado no leste asiático no final de 2019 despertou para o mundo uma emergência de saúde sem precedentes no século. Seus efeitos na população trouxeram rapidamente, não apenas um acometimento físico, principalmente da condição respiratória, mas exigiu outras nuances que a sociedade teve que aderir e se “adaptar” para barrar o alastramento do vírus.

O rápido contágio e a disseminação desenfreada começaram a provocar nas autoridades sanitárias e governamentais a formulação de uma série de protocolos e medidas contingenciais para administrar o contexto aflorado, a exemplo do lockdown³, distanciamento e isolamento social, e o uso de máscaras em locais públicos e privados.

Além dos protocolos de higienização das mãos e reforço no uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), para profissionais da chamada linha de frente na atuação junto aos serviços essenciais, prioritariamente serviços de saúde, assistência social e segurança pública⁴.

Nesse contexto, se insere as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), enquanto porta de entrada da Rede de Urgência e Emergência (RUE) do

³ Segundo o dicionário online a palavra significa confinamento.

⁴ Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020 revogado pelo decreto nº 11.077, de 2022.

SUS, no fluxo de referência para a estabilização e regulação de pacientes que necessitam da continuidade do tratamento em uma unidade de terapia hospitalar. Posto que estes, atualmente e, a maior parte recebe o paciente somente se previamente encaminhado do pronto atendimento.

Dentre as diretrizes de atenção da RUE, conforme o seu manual instrutivo, ano 2013, p. 13, cabe destacar:

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Classificação de risco;
- Regionalização da saúde e acesso territorial;
- Regulação do acesso aos serviços de saúde;

Elementos que dialogam com o propósito de situar a importância das UPA's 24h na oferta do cuidado a saúde, garantindo a integralidade e a equidade da assistência, bem como, que se estabeleça um fluxo eficiente das demandas aos locais apropriados a cada especificidade da atenção.

Nesse sentido, cabe frisar que a cidade de Natal possui quatro unidades dessa natureza, sendo estas distribuídas geograficamente em zonas distintas e, referenciadas aos chamados distritos sanitários, correspondentes a cada região de saúde.

A primeira delas, não por ordem de fundação, apenas questão didática de apresentação geográfica da cidade, é a conhecida popularmente como UPA Sul ou Satélite, localiza-se na zona sul da cidade, seguida da UPA Esperança na região oeste, UPA Pajuçara e a UPA Potengi, ambas na região norte⁵.

Sendo estas três últimas, situadas em territórios de alta vulnerabilidade social e econômica, operando, por vezes, acima da capacidade que comporta o

⁵ Geralmente a população refere esses nomes pelo bairro que estas se localizam, porém cada uma possui o seu nome próprio diferente do comumente denominado.

espaço físico, os insumos materiais e os recursos humanos disponíveis frente à expressiva demanda, a qual é rotineiramente posta e, dos mais diversos perfis epidemiológicos⁶.

Quanto à estrutura física, a UPA Potengi, mais especificamente, comporta: sala de Estabilização, sala Vermelha (com uma média de três leitos), sala Amarela (com uma média de sete leitos), consultórios clínicos (adulto e pediátrico), uma sala de laboratório (com espaço para coleta e resultados de exames), um setor de Raio-X, uma sala de farmácia (com anexo para almoxarifado dos insumos hospitalares), uma sala para o Serviço Social, um setor de Nutrição (com copa, refeitório e sala da nutrição), uma sala para o morgue, espaços para repouso das equipes multiprofissionais e espaços que comportam o apoio administrativo (recepção, regulação, direção administrativa e geral).

Em relação à equipe multiprofissional é composta por Assistente Social, médico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, técnico em enfermagem, técnico em radiologia, técnico em farmácia, técnico em laboratório, técnicos administrativos, direção administrativa e direção geral. Além destes, a equipe de serviços gerais, recepção e vigilância patrimonial.

A partir desse cenário descritivo, convém agora adentrarmos no ponto alto deste escrito, que foram os impactos da pandemia nos serviços dessa natureza, aqui reiterado, já possuindo e operando com uma demanda para além das condições que pode oferecer suporte.

Nesse sentido, resgatamos a centralidade estratégica para a qual se volta uma unidade de pronto atendimento no fluxo de rede na média e alta complexidade, que é justamente o de pronto socorro para o paciente considerado grave e/ou gravíssimo, oriundo principalmente: do Serviço de Atendimento Móvel (SAMU), sistema prisional e outras institucionais dessa especificidade, encaminhado da rede básica, com o objetivo de regular para internação hospitalar, bem como, em casos em que o paciente adentra por meios próprios.

Nesse sentido, vivemos um ambiente em que, traçando um apanhado geral, para além das urgências cardiológicas, vasculares, renais, hepática,

⁶ Condição acentuada especialmente nos períodos anuais de viroses e arboviroses.

pulmonar e de saúde mental, foi surpreendida pela veloz transmissão e agravamento das infecções por corona vírus (SARS-Cov-2), acirrando a conjuntura já vivenciada e sem que houvesse oportunidade de “preparação”.

A qual aqui refere, à necessidade quanto à criação de um plano estratégico voltado para a gestão da crise em períodos de emergência sanitária, como este que ora discutimos. E, que inclusive, perpassa um dos propósitos da formação em gestão pública municipal.

E, esta crítica se estende a precária atenção, no nosso ver, que as gestões de saúde na esfera governamental, dedicam ao passar dos anos/governos, a dialogar e mobilizar esforços direcionados a esse tipo de ação, para que em períodos como o recente, se tenha um enfrentamento mais robusto.

O que no nosso entendimento se materializa por formação continuada em gestão⁷, ampliação e valorização da força de trabalho, inclusive salarial e cumprimento da carga horária obedecendo ao que rege cada categoria profissional, conforme seus respectivos conselhos de classe. Investimento em cursos de aperfeiçoamento contínuo, bem como, melhorias na infraestrutura e ambiência dos serviços, além da dispensa de mais insumos e abertura de leitos de retaguarda.

De tal maneira, aqui com destaque para a unidade Potengi, foi rapidamente lotando e superlotando de pacientes acometidos desde a forma leve a mais grave⁸, no nível em que quando confirmados os primeiros casos na cidade, era reservado a uma sala de atendimento médico, chamado de consultório verde ou para sintomáticos respiratórios, que adentravam a unidade para consulta médica e dependendo da evolução dos sintomas, realizava-se o teste⁹ para detecção da doença.

⁷ Onde a nossa proposta seria a criação de um comitê nacional permanente de enfrentamento as crises sanitárias em contexto de epidemias e pandemias com ramificações dessa entidade a nível estadual e municipal.

⁸ Façamos aqui um adendo desprovido de cientificidade, apenas pelo que o senso comum e de leitura da realidade, posta naquele momento, denotava quanto às pessoas que chegavam demandando atendimento e não aparentava quadro grave de Covid, mas, mais uma crise de ansiedade e despertar de “gatilhos” psicossomáticos, diante do pânico que pairava sobre o mundo naquele momento. Onde, assim, vivenciamos episódios de profundo sofrimento emocional tanto de pacientes e familiares, quanto dos próprios profissionais.

⁹ RT PCR a partir da coleta de secreção nasofaringe e sorologia de antígeno IgG e IgM.

Sendo que, foi se estendendo a necessidade de ocupar também as salas Vermelha e Amarela para internação de pacientes que seguiam evoluindo a forma grave e, assim, atingiu-se um período em que, praticamente, toda a unidade se voltou prioritariamente para pacientes sintomático respiratório, com todas as salas contendo leitos de isolamento e, a maioria destes, em ventilação mecânica.

Situação que expressava um verdadeiro cenário de guerra, pois a doença não dava trégua e as equipes, com muitos dos profissionais também adoecidos e/ou seus familiares, tanto pelo contágio do próprio vírus, quanto pela carga emocional, pairava também o esgotamento físico e mental na luta incansável por uma saída que parecia sem perspectiva de vir a acontecer.

Em decorrência, a necessidade do abastecimento de mais recursos humanos e insumos hospitalares, como contratação extraordinária de mais profissionais de saúde nas diversas áreas, material para a coleta de exame, EPI's, medicações, abertura de novos leitos e aparelhos de uso intensivista.

E, aqui a necessidade de frisar, que pelas características do território, observamos no cotidiano do serviço que os condicionantes e determinantes do conceito de saúde trazido pela CF/88, como fundamentado no início destas reflexões, ainda seguem negligenciados pelo poder público e, alheios à maioria da população, decorrentes das precárias condições de existência que ao longo da vida, muitos dos usuários/pacientes são expostos.

Nesse sentido, cabe impreterivelmente problematizarmos a gerencia governamental da pandemia, principalmente em relação ao trato dado pelo governo federal, no que diz respeito à concepção da doença, as medidas sanitárias a serem adotadas, os protocolos clínicos e, até mesmo, a credibilidade dada a ciência, na corrida pela contenção do vírus e minimização dos seus efeitos.

Conduta insidiosa, que ideologicamente seduziu parcela significativa da população, a seguir no mesmo viés da descrença e negação do vírus, polarizando opiniões e oportunamente tornando a pandemia uma questão político partidário, no sentido da oposição: pensadores da chamada esquerda brasileira contraposta a idolatras da chamada direita.

Nesse sentido, foram registrados atos públicos em que o Presidente da República faz menção ao vírus como uma mera "gripezinha", questiona a

eficácia de medicamentos, inclusive, chegando a indicar determinada medicação, sem comprovação científica, como a mais segura para tratar a doença, se posiciona firmemente contra o uso da máscara e o distanciamento social, ignora a eficácia das vacinas e promove falas de deboche e desprezo quando indagado pelo número de mortes em decorrência das infecções.

Representação do que se configura a identidade de um governo com um projeto neoliberal e de ultra direita claramente definido, desde a sua campanha em 2018, quando se (re)acendeu a chama histórica do fascismo e nutriu, desde então, a vertente de um governo reacionário, voltado para o favorecimento do mercado e dos mais ricos do país em detrimento das classes menos favorecidas.

Seguindo sem demonstração de interesse pelo estreitamento do diálogo com pautas progressistas e de inclusão das minorias, preservação do meio ambiente, fortalecimento das políticas sociais e das instituições, respeito à diversidade e pluralismo religioso, dentre outras pautas necessárias a uma sociedade mais humana e fraterna.

Portanto, negligenciar a pandemia foi, a nosso ver, uma estratégia benéfica para o Estado “se livrar” de determinados gastos com a população que historicamente é posta como onerosa ao sistema, embora contribua com impostos, tida como inútil para a engrenagem produtiva do mercado. Como exemplo, a população idosa, as pessoas com comorbidades, em situação de rua, os pobres e os periféricos.

Posicionamento em que fazemos frente de resistência, caminhando em sentido oposto ao tensionado pelo Governo Federal, pois o que se faz realmente necessário é mais investimento na saúde pública, com a aquisição de mais equipamentos, melhoria da estrutura física das unidades, valorização dos profissionais com menos sobrecarga de trabalho, salários mais justos e realização de concurso público.

Além do retorno ao incentivo à pesquisa e a produção do conhecimento como sinônimos de real progresso da nação, repercutindo em fonte de avanços no tratamento e cura de antigas e novas doenças.

4. A PANDEMIA E O SERVIÇO SOCIAL: mediação de direitos e defesa do SUS

Historicamente o Serviço Social surgiu decorrente das desigualdades provocadas pela relação capital – trabalho e, possui alicerce, atuando frente às bases dessa contradição, por meio de ações e políticas públicas que minimizem os seus efeitos, dentre estes, a pobreza como a fonte pela qual no seio da categoria, bebem as diversas expressões da chamada questão social.

Todavia, o nosso objetivo aqui não é tratar dessa discussão nos seus pormenores, mas fazer uma conexão com o que o nosso projeto ético político defende, o posicionamento da categoria frente à pandemia e de que maneira o Serviço Social contribuiu e teve sua importância na denominada “linha de frente”, junto às demais categorias nesse processo.

Inicialmente, ressaltamos o direcionamento ético político da profissão de ser constituída por um código regido de princípios societários, pautados na defesa de uma sociedade mais justa, com respeito à dignidade, a diversidade, as crenças individuais e coletivas, dentre os outros valores emancipatórios centrais.

Logo, uma intervenção extremamente necessária frente aos desafios que se fizeram presentes, visto que esteve, enquanto trabalhadores/as, atuando em conjunto com os demais profissionais dos serviços essenciais, no enfrentamento dos efeitos diretos do coronavírus, a exemplo da política de saúde, bem como dos “indiretos”, como na assistência social.

Em que se fez urgente, em relação a esta última, a dispensa de uma ajuda de custo em forma de auxílio¹⁰ para o provimento dos meios de sobrevivência imediata da população informal, principalmente as que dependiam do trabalho em ambientes, os quais tiveram de ser proibidos de funcionar durante o período de bloqueio total do comércio, seja em locais públicos ou privados.

Já em relação à política de saúde, é importante destacar a atuação do Serviço Social como elo de comunicação entre as famílias dos pacientes

¹⁰ Transferência de renda mensal executada com a nomenclatura de Auxílio Emergencial.

assistidos pelo serviço e a equipe multiprofissional, socializando informações quanto à rotina de funcionamento da unidade, direitos e deveres do paciente e seus representantes. Bem como, de escuta, acolhimento e encaminhamento das demandas que requeriam atenção da rede intersetorial no eixo que compete às atribuições da profissão.

Uma força de trabalho que, embora, não tenha ganhado os holofotes da grande mídia, mas nesse contexto pandêmico em questão, tornou-se ainda mais essencial, do ponto de vista da mediação entre a família e os demais profissionais no acesso a informação.

Justamente, por insistir na quebra de barreiras históricas nos serviços públicos, como o culto ao “endeusamento” de algumas categorias, as quais não cabem aqui destrinchar, mas que no viés da humanização em saúde, representa uma ponte de acesso fundamental no direito à integralidade.

Contribuindo para que em meio ao isolamento do paciente do contato com o mundo externo, todos os dias aqueles familiares tivessem conhecimento do boletim de evolução clínica dos seus entes queridos, feito pelo médico, mas intermediado pelo Serviço Social.

O que acreditamos como sendo parte essencial no fortalecimento da linha do cuidado diante do processo saúde-doença-recuperação, visto que além de uma garantia de direito, o da informação, estávamos contribuindo para a promoção do fortalecimento dos vínculos familiares e afetivos abruptamente limitados pelo isolamento do paciente com o contato direto ao externo e pela pressão psicológica da doença em si, representava no todo, mais um fator de adoecimento.

Nesse viés, de ampliação da cidadania e acesso a condições dignas de existência para a classe trabalhadora, nos posicionamos em defesa da saúde pública efetivada por meio do SUS, e, onde realmente se prevaleça a sua essência de universalidade, gratuidade e equidade.

Caminhando na contra corrente das investidas capitalistas fomentadas pelos interesses privados, com a conivência do Estado neoliberal, em mercantilizar os serviços públicos, os que podem gerar lucro, para tornar a classe rica cada vez mais monetizada e os pobres, leia-se classe trabalhadora, historicamente subordinada aos grandes detentores de riquezas, desassistida

pelo poder público, ou seja, deixada a própria sorte, como era nos primórdios das ações de saúde.

Posto que, a própria pandemia veio escancarar o significado e grandiosidade do SUS para o povo brasileiro em termos de política pública, que mesmo com a baixa valorização, importou no maior suporte ao enfrentamento como em nenhum outro país se noticiou fazer, em se tratando de sistema público e com os poucos meios que dispunha para tão grandioso desafio a frente.

Nesse sentido, enfatizamos nossa postura contrária à privatização dos serviços públicos e, já que aqui estamos imersos na política de saúde, especialmente dos serviços de saúde, com manobras como o corte de recursos, gerando um déficit na manutenção dos serviços e outras estratégias de sucateamento das unidades para, propositalmente, propaga-las como ineficientes e onerosas ao Estado, enquanto que se estivessem sob a gestão do setor privado funcionaria a contento para a população e supriria a demanda reprimida.

No entendimento, sobretudo, de que em um curso de gestão pública e, como bons gestores públicos a que nos propomos daqui por diante, precisamos assumir o compromisso profissional, ético e humano de defender o serviço público como um patrimônio do povo e para o povo, buscando a sua valorização, modernização e dinamicidade na prestação do serviço ao usuário.

5. METODOLOGIA

A saúde pública, assim como os demais serviços que compunham o rol de atividades essenciais do Estado, no período da pandemia, a exemplo da assistência social, esteve como ponto de apoio primordial e elo incansável na luta contra os efeitos nefastos que a contaminação e disseminação do vírus causaram, tanto direto ao paciente acometido pela doença, quanto ao abalo emocional dos familiares.

Nesse sentido, nos debruçamos sobre a problemática, abordando os impactos que a pandemia trouxe para as Unidades de Pronto Atendimento de

Natal, mas detidamente a UPA Potengi, no período compreendido entre março de 2020 até o início de 2022, quando por ocasião do surgimento das vacinas e protocolos mais assertivos, entendeu-se que o risco de infecção estava contido e menos propício ao agravamento do quadro e letalidade.

Tal estudo está pautado em um relato de experiência, bem como por uma revisão bibliográfica, tendo como método de análise as relações econômicas e sociais capitalistas a qual estamos inseridos. E, que perpassam os elementos essenciais trazidos na discussão, a exemplo do papel garantidor do Estado aos direitos constitucionais da população e o investimento em políticas públicas eficazes, sobretudo em períodos de crise.

Porém, em tempos de capital liberal profundamente tensionado pela ofensiva do setor privado em mercantilizar os espaços/serviços públicos. O Estado reduz financiamento e aumenta a responsabilidade individual pelo provimento do bem estar e sobrevivência da população.

A opção do recorte pela unidade Potengi, foi devido os limites deste artigo e, por acreditarmos, que pela centralidade e alta demanda no território, reúne elementos satisfatórios para a construção de importantes análises quanto à temática proposta.

Para a consecução do projeto foram realizados inicialmente, estudos bibliográficos por meio de leituras sobre assuntos relacionados às categorias de análise elencadas para que, assim, pudéssemos tecer uma fundamentação teórica que nos auxiliasse na discussão, bem como, na articulação com a realidade vivenciada.

As categorias de estudo, por sua vez, estão estruturadas em: Saúde pública, pandemia e unidades de pronto atendimento. Em relação à saúde, discorreremos sobre como se construiu o conceito de sistema que temos hoje, seus princípios norteadores e a viabilização de suas propostas, sobretudo, os embates com o capital e as estratégias de resistência frente a isso.

No que se refere à pandemia, foram abordados os efeitos dessa tragédia mundial nos serviços de saúde, mais especificamente nas unidades de Pronto Atendimento e suas consequências para o ordenamento destas instituições durante e pós-estágio pandêmico.

E, por último, o posicionamento ético político da categoria de Serviço Social, como profissionais com formação direcionada a construção de uma

sociedade mais justa e com mais direitos e políticas sociais. O que se entrelaça a defesa da existência do SUS e o fortalecimento dos seus serviços, enquanto política pública de acesso gratuito e universal.

6. CONCLUSÃO

Diante dos eixos centrais que fomentaram a discussão até aqui e, de sua problematização no contexto proposto, destacamos, inicialmente, a relevância de termos uma política pública de saúde no aporte em que se constitui o SUS, principalmente, diante de um fato histórico de tamanha proporção vivenciado nos últimos dois anos.

No entanto, não nos cabe enquanto cidadãos e usuários da política, somente reconhecer, mais também, nos posicionarmos em sua defesa, enquanto um direito social, refletindo sobre os seus limites e no mesmo horizonte enaltecendo suas potencialidades, como a pouco foi posto a prova, frente a maior crise sanitária do século.

Que apesar de suas fragilidades, logrou êxito no propósito de se manter em defesa da vida, principalmente, daqueles que não podiam comprar “acessos” e, até mesmo, os que podiam, mas que em um dado momento, não tinha mais oferta ao seu dispor.

Já em relação às unidades de Pronto Atendimento de maneira geral, incluindo a UPA Potengi, a partir da vivência profissional neste espaço, acreditamos que reafirmou a necessidade de investir na ampliação dos serviços, quanto à estrutura física, com a construção de mais salas e abertura de novos leitos, bem como, do fortalecimento da rede de serviços desde a atenção básica até a alta complexidade.

Além de um maior quantitativo de profissionais para suprir a alta demanda, bem como, de um planejamento estratégico, que sirva de base ao enfrentamento de situações de crise sanitária como a que atravessamos e que exigia respostas imediatas.

Nesse horizonte, ressaltamos o alinhamento destas análises com o posicionamento ético político e profissional da categoria de Serviço Social,

enquanto parte dos trabalhadores da linha de frente, e também historicamente voltado para a defesa das políticas públicas e do serviço público, eficiente, gratuito universal.

Por acreditarmos, que o direito a saúde é, sobretudo, um direito humano e as condições de vida da população influenciam diretamente na qualidade da produção de bem estar social e coletivo. E, por isso, defendemos uma sociedade com mais qualidade de vida, com um meio ambiente menos poluído, com democratização do acesso a educação, a informação, a cultura, ao desenvolvimento sustentável, investimento na ciência e nas políticas sociais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão**. 10ª ed. rev e atual. – [Brasília]: Conselho Federal, [2012].

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Programa de informação e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do SUS de 2003**. Coleção: Para entender a gestão do SUS. V.1. Brasília: CONASS, 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção: Para entender a gestão do SUS. V.1. Brasília: CONASS, 2011.

_____. **Decreto – lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a Regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 1990.

_____. **LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. 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 e dá outras providências.

_____. 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)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método em Marx**. São Paulo, Editora Expressão Popular, 2011.

Sites consultados:

<https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/como-surgiu-o-novo-coronavirus-conheca-as-teorias-mais-aceitas-sobre-sua-origem>.

<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10282.htm

<http://www.cfess.org.br/visualizar/manifesta>