



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MAYANNE MARIA BEZERRA RAMOS

**A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H E SUA INSERÇÃO NO
CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): UM RELATO DO
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**CAMPINA GRANDE
2019**

MAYANNE MARIA BEZERRA RAMOS

**A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H E SUA INSERÇÃO NO
CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): UM RELATO DO
PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^aMs. Sandra Amélia Sampaio Silveira.

**CAMPINA GRANDE
2019**

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.

R175u Ramos, Mayanne Maria Bezerra.
A Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h e sua inserção no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [manuscrito] : um relato do projeto de intervenção / Mayanne Maria Bezerra Ramos. - 2019.
32 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.
"Orientação : Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."
1. Serviço social - Intervenção. 2. Redes de Atenção à Saúde (RAS). 3. Rede de Urgências e Emergências (RUE). 4. Unidade de Pronto Atendimento (UPA). I. Título
21. ed. CDD 362.12

MAYANNE MARIA BEZERRA RAMOS

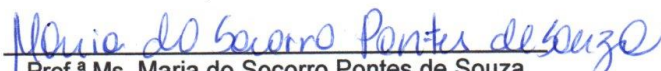
**A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H E SUA INSERÇÃO NO
CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): UM RELATO DO
PROJETO DE INTERVENÇÃO**


Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado ao Departamento do Curso
de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de bacharel
em Serviço Social.

Aprovada em: 19/08/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Ms. Sandra Amélia Sampaio Silveira (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof.^a Ms. Maria do Socorro Pontes de Souza
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof.^a Ms. Luciana Maria Patriota
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Primeiramente ao meu amado Deus, pois sem Ele não teria chegando até aqui. Ao meu irmão (in memoriam), aos meus familiares e amigos, DEDICO.

“O futuro do SUS se faz hoje. [...] continuo na luta porque a história tem contradições, tem conflitos como as nossas vidas pessoais também, e que é sobre as contradições e os conflitos que ela anda, às vezes para trás, mas depois anda para frente.”

Paim, 2018.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Classificação de Risco (UPA 24h Dr. Raimundo Maia Oliveira) 20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE (RAS): BREVES CONSIDERAÇÕES.....	14
3	A UPA DR. RAIMUNDO MAIA DE OLIVEIRA NO CONTEXTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) EM CAMPINA GRANDE/PB	20
4	PROJETO DE INTERVENÇÃO: EXPONDO A SUA IMPLEMENTAÇÃO E SEUS RESULTADOS.....	25
5	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	31
	APÊNDICE	34

A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): UM RELATO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

THE READY CARE UNIT - UPA 24H AND ITS INSERTION IN THE CONTEXT OF THE HEALTH CARE NETWORK (RAS): A REPORT FROM THE PROJECT INTERVENTION

Mayanne Maria Bezerra Ramos¹

RESUMO

O presente artigo tem como principal objetivo apresentar o relato de experiência do projeto de intervenção realizado junto aos usuários da UPA 24h Dr. Raimundo Maia de Oliveira, acerca da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Campina Grande/PB. Com base em uma pesquisa bibliográfica sobre a RAS e através do processo de experiência do estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, o artigo expõe inicialmente o que é a RAS e como ela está organizada, em seguida enfocamos uma de suas redes temáticas: a Rede de Urgências e Emergências (RUE), situando a Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h Dr. Raimundo Maia de Oliveira neste âmbito e, por fim, expomos o projeto de intervenção desenvolvido junto aos usuários da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h Dr. Raimundo Maia de Oliveira, apontando os resultados da socialização de informações, realizada através da entrega de panfletos informativos e da explanação do mesmo, a respeito de como funciona a RAS no contexto do SUS, esclarecendo as especialidades de atendimento que cada unidade de saúde oferece.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde (RAS), Rede de Urgências e Emergências (RUE), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This article aims to present the experience report of the intervention project carried out with users of the 24h UPA Dr. Raimundo Maia de Oliveira, about the Health Care Network (RAS) in Campina Grande / PB. Based on a bibliographic research on the RAS and through the process of experience of compulsory supervised internship in Social Work, the article initially exposes what is the RAS and how it is organized, then we focus on one of its thematic networks: the Emergency Network. and Emergencies (RUE), placing the Emergency Care Unit - UPA 24h Dr. Raimundo Maia de Oliveira in this area, and finally, we present the intervention project developed with the users of the Emergency Care Unit - UPA 24h Dr. Raimundo Maia de Oliveira, pointing out the results of the socialization of information that was transmitted through the delivery of information leaflets and their explanation, about how the RAS works in the context of SUS, clarifying the specialties of care that each health unit offers.

Keywords: Health Care Networks (RAS), Emergency and Emergency Network (RUE), Emergency Care Unit (UPA), Health Unic System (SUS).

¹Aluna de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: mayanneramos84@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Para a compreensão do modelo da saúde vigente no Brasil é necessária, ainda que de forma breve, uma apresentação sobre o processo histórico do desenvolvimento do sistema de saúde do país, especificamente a saúde pública.

Durante mais de 450 anos o Brasil não disponibilizou um sistema de saúde público para a população. O início de século XX foi determinante para a busca de um sistema de saúde voltado minimamente para a seguridade social dos trabalhadores, quando em 1923, através da Lei Eloi Chaves, foram estruturadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), que associavam aposentadorias aos serviços de assistência à saúde, numa perspectiva de saúde previdenciária, que nas décadas seguintes foram ampliadas através dos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPS), contudo ficando restrita apenas aos trabalhadores que estivessem formalmente vinculados ao mercado de trabalho e que contribuíssem para ter acesso aos benefícios assegurados por este sistema. Aos demais restava a saúde pública campanhista (baseada em campanhas de vacinação contra endemias), o atendimento privado custeado com recursos próprios ou os serviços de saúde oferecidos via filantropia.

Nos anos 1960, surgiram propostas por parte do movimento social reivindicando reformas de base, dentre elas uma reforma sanitária, devido ao agravamento das condições de saúde da maioria da população. Em 1977 surgiu o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) oferecendo uma assistência no atendimento médico, hospitalar e ambulatorial aos contribuintes do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) - que trabalhavam com carteira assinada, ou seja, vinculados ao mercado formal de trabalho – e seus dependentes. Os recursos provinham das contribuições dos empregados, dos empregadores e da União, no qual se encarregava dos gastos administrativos.

A partir do início dos anos 1970, as críticas ao modelo até então vigente de uma atenção à saúde médico-assistencial de caráter curativo, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista o qual privilegiava o produtor privado, incitaram bandeiras de lutas para a construção de um sistema de saúde, onde, todos tivessem direito a saúde disponibilizada pelo sistema público estatal de forma descentralizada, havendo a integralidade da assistência e a participação da comunidade. O Movimento da Reforma Sanitária começa a elaborar suas bases teóricas na busca de um novo modelo de saúde que garantisse condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis à população brasileira, assegurado pelo Estado. Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, vários segmentos da sociedade civil discutiram sobre um novo modelo de saúde para o Brasil - sendo este um movimento social, popular, estrutural, sindical e profissional - manifestaram a necessidade de uma reforma mais acentuada, com a ampliação do conceito de saúde, a universalização do acesso e o fortalecimento do setor público. Em 1988 é instituído a Constituição Federal de 1988, sendo um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde. Nesta Carta Magna, a saúde foi reconhecida como um *direito social de todos e dever do Estado*, devendo este se organizar para prestar assistência por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS (Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990, p. 1). Com base

neste marco legal o SUS composto por um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.

O SUS tem como princípios doutrinários: a universalidade, a partir da qual o acesso às ações e os serviços de saúde devem ser garantidos a todas as pessoas, passando a saúde a ser compreendida enquanto direito; a equidade, que assegura o atendimento a todo cidadão, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, de modo que a rede de serviços deve estar atenta às reais necessidades de saúde da população a ser atendida; e, a integralidade, que considera a pessoa como um todo, de modo que o acesso a saúde seja assegurado em todos os níveis de atenção, conforme a necessidade. (MATOS, 2003).

A partir desse momento um novo modelo de sistema de saúde foi adotado no país, pautado no conceito de saúde ampliado que vai além da ausência de doença focada na saúde biológica, perpassando o estado físico, mental e social, estabelecendo a universalização do acesso, promovendo a descentralização/regionalização e integralidade da atenção à saúde com a formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais.

Embora seja sinalizada desde a estruturação do SUS na Constituição Federal de 1988, a regionalização ganha destaque com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, resultante da construção de arranjos que contribuam para a estruturação e o aperfeiçoamento de redes de saúde regionalizadas. O Ministério da Saúde reconhece que para se obter maior efetividade e eficiência, é necessário que o sistema de saúde seja organizado em redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como

[...] estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. (SILVA, 2011, p. 03)

A autora anteriormente mencionada considera que a estruturação de redes regionalizadas implementada pelo Ministério da Saúde para reorganizar, qualificar e fortalecer a rede de atenção à saúde foi fundamental na organização de ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em diferentes níveis de atenção.

Ao final de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que busca estabelecer diretrizes e estratégias para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), para superar a fragmentação do sistema de saúde. Posteriormente, o Ministério da Saúde implantou redes temáticas de atenção à saúde por entender que a RAS representava um avanço na organização do SUS. (BRASIL, 2014).

O interesse em discutir a temática da RAS surgiu da experiência do estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, atividade acadêmica imprescindível à formação superior, por um período de 01(um) ano e 02(dois) meses, transcorridos entre o mês de outubro de 2017 a dezembro de 2018, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) Dr. Raimundo Maia Oliveira, localizado no bairro do Alto Branco na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, no qual identificamos a necessidade de realizar uma intervenção voltada para os usuários da UPA 24h em geral, visto que grande parte desconhecia como funciona a Rede de Atenção à Saúde. Além disto, identificamos que grande parte da demanda direcionada ao Serviço Social na UPA estava relacionada à orientação de como está organizada a

RAS, o que motivou o desenvolvimento do projeto de intervenção que teve como tema: ***A Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h e sua Inserção no Contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)***.

Dessa experiência decorre o presente artigo, que tem por objetivo relatar os resultados do projeto de intervenção realizado junto aos usuários da UPA 24h Dr. Raimundo Maia Oliveira, acerca da RAS em Campina Grande. O conteúdo desenvolvido está estruturado em três tópicos: inicialmente explanamos o que é a RAS e como ela está organizada; em seguida enfocamos uma de suas redes temáticas: a Rede de Urgências e Emergências (RUE), situando a Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h Dr. Raimundo Maia Oliveira neste âmbito; e por fim, apresentamos o projeto de intervenção desenvolvido junto aos usuários da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h Dr. Raimundo Maia Oliveira, expondo a sua implementação e os resultados da socialização de informações que foram passadas através da entrega de panfletos informativos e da explanação do mesmo, a respeito de como funciona a RAS no contexto do SUS, e como os serviços de saúde que eles utilizam estão situados neste contexto. Trazemos também algumas considerações finais.

Esperamos, através deste artigo, contribuir para uma melhor compreensão da temática abordada, esclarecendo os objetivos da RAS como estratégia da política de saúde, visando a efetivação do direito a saúde dos usuários do SUS.

2. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): BREVES CONSIDERAÇÕES

A criação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integralidade como princípios, tendo a formação de redes assistenciais como um elemento fundamental para a materialização dos mesmos. Este tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o seu início. (SILVA, 2011).

Embora se origine na proposta do SUS, regulamentada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, a discussão em torno das redes é delineada de forma mais específica em 2001, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que teve como um dos seus principais objetivos integrar a saúde nas regiões que agregam diversos municípios, dando ênfase à necessidade de formação de redes integradas. Porém, a NOAS teve dificuldades de implementação devido à proposição de regras rígidas, excessivamente parametrizadas, na reorganização dos serviços regionais, mostrando incoerência com as condições existentes e a não consolidação de uma governança regional e intermunicipal (articulação entre estado e município). (SILVA, 2011).

A regionalização e as redes de serviços retornaram expressivamente à agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 (portarias ministeriais nº 399 e 699). O Pacto se propõe a substituir o formato rígido da NOAS, e das Normas Operacionais Básicas (NOB) anteriores a ela, por pactuação mais flexível, resultando na construção de arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes. Entretanto, este processo não estava ocorrendo na maioria dos estados brasileiros, e isso se deu pela fragilidade institucional na sua implementação. O fato é que a consolidação da regionalização da saúde no SUS dependia da potencialização de esforços das três esferas de governo (municipal,

estadual e federal), com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais em vigor. (SILVA, 2011).

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientada pelo Pacto pela Saúde estabelecido em 2006, começa a avançar na agenda de discussões de gestores da saúde a partir do final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesta ocasião foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que busca estabelecer diretrizes e estratégias, no âmbito do SUS, para:

[...] superar a fragmentação da atenção e da gestão das Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita, com efetividade e eficiência. (BRASIL, 2010, p. 03).

O modelo de atenção à saúde vigente antes do SUS e, conseqüentemente, da organização das redes de atenção de saúde era hegemonicamente fragmentado e fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, se mostrando insuficiente para dar conta dos desafios sanitários e insustentável para os enfrentamentos futuros das necessidades de saúde da população. Desta forma, se fazia necessário a ampliação da atenção à saúde para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, simultaneamente, as condições agudas². (BRASIL, 2010).

Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. (MENDES, 2011, p. 18).

Logo, para materializar adequadamente o SUS, faz-se necessário estruturar as RAS, como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde de forma integrada, que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população.

De acordo com o Ministério da Saúde as RAS são:

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. Tendo por objetivo, [...] promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010, p.07).

²As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de forma episódica e reativa e exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de atenção à saúde, ex.: febre, tosse, tonteira, dengue e gripe, ou doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas, como os traumas. As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade, ex.: os fatores de risco individuais biopsicológicos: colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, nível glicêmico alterado, sobrepeso ou obesidade; as doenças crônicas: doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas; as doenças transmissíveis de curso longo: hanseníase, HIV/AIDS, hepatites B e C. (MENDES, 2011).

As RAS organizam-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, espaços onde são ofertados serviços de saúde. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam, variando do nível de menor densidade (Atenção Básica de Saúde), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). Desta forma, permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Básica de Saúde como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza o cuidado em todos os pontos de atenção, com responsabilidade sanitária mediante políticas sociais e econômicas visando à redução de doenças da população inserida na comunidade. (BRASIL, 2010).

Para assegurar o compromisso com a melhoria da saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o sistema, faz-se necessária à criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se (BRASIL, 2010, p. 03-04):

- Melhorar o nível de saúde da população;
- Responder com efetividade às necessidades em saúde;
- Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;
- Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;
- Coordenar as atividades das partes envolvidas;
- Assegurar a produção de um excedente cooperativo;
- Distribuir os frutos da cooperação;
- Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e
- Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para atingir os objetivos destacados anteriormente, o SUS adotou três áreas de aplicação da RAS que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência. Além disto, para a organização da RAS é essencial ao seu funcionamento o conjunto de atributos apresentados a seguir (BRASIL, 2010, p. 15):

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos.
3. Atenção Básica à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe

multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde.

4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado.

5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção.

6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.

7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações.

8. Participação social ampla.

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.

11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.

12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.

13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

14. Gestão baseada em resultado.

De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde, que trata da estruturação da RAS, a integração do sistema de saúde deve ser contínua, como um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os serviços sejam mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários. A sua operacionalização se dá pela relação de três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. (BRASIL, 2010).

O primeiro elemento e característica essencial das RAS é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, com a finalidade de preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas da comunidade, devendo ser capazes de identificar claramente a população e a sua área geográfica. A região deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais assegurando que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional. (BRASIL, 2010).

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências. (CONASS, 2015, p. 25).

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional, constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os

comunicam. A estrutura operacional das RAS conta com cinco componentes (BRASIL, 2010):

1. **Centro de comunicação:** a Atenção Básica à Saúde³ é o centro de comunicação da RAS com os usuários, tendo a sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Exercendo desta forma, um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.
2. **Pontos de atenção secundários e terciários:** são pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas (intermediária até o de maior densidade), para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certo.
3. **Sistemas de apoio:** são unidades da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde.
4. **Sistemas logísticos:** são elucidações em saúde, fortemente sustentado nas tecnologias de informação (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde).
5. **Sistema de governança:** é uma intervenção envolvendo diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão da referida rede. A administração das RAS seu financiamento é atribuição comum aos gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), sendo orientada no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade.

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas fundamentados para a organização do funcionamento das RAS, articulando as relações entre a população, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão predominante da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo em determinada sociedade. (BRASIL, 2010).

³Giovanella (2018), nos traz o questionamento do porquê foi adotado o termo “atenção básica à saúde” em contraposição ao uso hegemônico de “atenção primária à saúde”. “O emprego do termo “atenção básica à saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada”. Ou seja, a “concepção de atenção primária à saúde em *Alma-Ata* contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social - três componentes caros ao SUS”. Essa concepção de atenção primária à saúde, que o movimento da medicina social latino-americana evidenciou como “atenção primária à saúde integral”, corresponde com as diretrizes do SUS de garantia do direito à saúde. Incentivada por organismos internacionais, foi difundida uma abordagem “seletiva” de cesta de serviços “custo-efetivos”, “medicina pobre para pobres”. Foi para se opor a essa concepção que se assumiu no SUS a denominação “atenção básica à saúde”. Logo, atenção básica pode assemelhar-se da ideia de “serviços básicos de saúde”, correspondente a uma cesta de serviços médicos restritos. (GIOVANELLA L., 2018, p. 01-02).

Desta forma, o Ministério de Saúde expõe como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional e o compromisso com os resultados sanitários. Esta estratégia colocou, desde 2011, efetivamente as RAS no centro da política de Atenção à Saúde do MS, na busca de melhoria nas condições de vida da população. (BRASIL, 2014).

A partir da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas para a implementação das RAS (BRASIL, 2014):

- Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria no 1.459/11, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS no 1.600/11;
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS no 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, pela Portaria GM/MS no 438/14: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero);
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Viver Sem Limites), estabelecida pela Portaria GM/MS no 793/12.

Diante do que foi exposto sobre a RAS, enfocaremos uma de suas redes temáticas: a Rede de Urgências e Emergências (RUE). Sendo assim, a RUE, é constituída pelos seguintes componentes (BRASIL, 2011):

- ✓ O componente **Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde** têm por objetivo coordenar programas de prevenção e controle de doenças, através de planejamento e implementação de medidas de saúde pública visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, e vigilância em saúde.
- ✓ O Componente **Atenção Básica em Saúde** tem por objetivo a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
- ✓ O Componente **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências** têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São urgências situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras. O SAMU 192 realiza os atendimentos em qualquer lugar (residências, locais de trabalho e vias públicas), e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas.
- ✓ O Componente **Sala de Estabilização** é um equipamento estratégico da RUE, por se tratar de um ambiente para estabilização de pacientes críticos

e/ou graves, com condições de garantir assistência 24 horas, vinculado a uma unidade de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

- ✓ O Componente **Força Nacional de Saúde do SUS** é voltado para “à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população quando for esgotada a capacidade de resposta do estado ou município”.
- ✓ O Componente **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas** tem por objetivo 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. Quando necessário o paciente deverá ser encaminhado para uma unidade hospitalar da rede de saúde, para realização de procedimento de alta complexidade.
- ✓ O Componente **Hospitalar** “tem como objetivo a qualificação das Portas de Entradas Hospitalares de Urgência e Emergência, das enfermarias de retaguarda clínica, dos leitos de cuidados prolongados, dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva. Ampliando a oferta qualificada dos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório, e pela organização e qualificação das linhas de cuidado prioritárias (traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular)”.
- ✓ O Componente **Atenção Domiciliar** é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado, para a humanização da atenção à saúde, a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de permanência de usuários internados.

Logo, a RUE tem como prioridade a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular na área da atenção hospitalar, articuladas com os demais pontos de atenção. (BRASIL, 2011).

A unidade de saúde é articulada da mais simples a mais complexa dependendo dos graus dos procedimentos, podendo ser de baixa, média e alta complexidade. A hierarquização, tida como um dos princípios organizativos da RAS é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Na média complexidade, composta por ações e serviços que visam atender agravos à saúde da população, encontra-se na cidade de Campina Grande à Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) Dr. Raimundo Maia de Oliveira, no qual realizamos o estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social.

3. A UPA DR. RAIMUNDO MAIA OLIVEIRA NO CONTEXTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE) EM CAMPINA GRANDE/PB

O “pronto atendimento” vem sendo um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo da sua trajetória, pois as portas de urgência e emergência apresentam dificuldades, em maior ênfase, provocadas pela

alta demanda de condições clínicas de urgência e emergência, devido ao aumento da demanda, da sobrecarga de atendimentos nas portas hospitalares em consequência do aumento de acidentes, violências, doenças crônicas e insuficiência da rede básica. (UNA-SUS/UFMA, 2018)

A condução que a política de saúde vem tomando tem ocasionado um processo de desestruturação de seu caráter universal e crescente tendência a privatização, com a contrarreforma em curso no país a partir da década de 1990. A privatização na área da saúde rompe a forma “complementar” do serviço privado, previsto na CF/88, se sobrepondo ao que é de obrigação do “Estado”. Isto se expressa quando, por exemplo, seguindo a lógica neoliberal as Unidades Públicas de Atenção à Saúde são repassadas para o setor privado administrar a força de trabalho⁴ em saúde e os recursos públicos, o que conseqüentemente muda a forma de atender as necessidades de saúde da população. Deste modo, os serviços e o setor de saúde são tratados como mercadoria.

Diante da histórica fragmentação do sistema de saúde brasileiro, da concorrência dos serviços e de sua ineficiência, no período de 2011 a 2013 o Ministério da Saúde buscou fortalecer as RAS, através da implantação de redes temáticas de atenção a saúde, entendida como um avanço na organização do SUS e nos seus resultados perante a população. (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM n. 1.600, de 7 de julho de 2011, instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS com a finalidade:

“finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna” (BRASIL, 2011, p. 02).

Destacando, desta forma, a importância de um modelo de atenção voltado às condições agudas e às agudizações das condições crônicas de saúde, oferecendo um acolhimento com classificação de risco, com qualidade e resolutividade na atenção, constituindo, a base do processo e dos fluxos de toda a RUE.

A RUE é uma rede complexa, composta por diferentes pontos de atenção, sendo estruturada para dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência, com atendimento 24 horas, sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatologia, entre outras. A RUE se volta para a reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, no setor da atenção hospitalar, e sua articulação com os demais pontos de atenção. Assim, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica, devendo estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. (UNA-SUS/UFMA, 2018)

A criação das UPAs 24h é um exemplo de privatização no sistema público, já que em diversos municípios brasileiros estas são geridas através de modelo de gestão flexibilizado, sob administração de entidades privadas (Organizações Sociais – OSs), com financiamento público. Ou seja, um subfinanciamento das políticas sociais, pela redução dos gastos sociais e de servidores públicos. (DUARTE, et. al., 2014).

⁴ A gestão administrativa das unidades públicas nas mãos do setor privado segue a lógica empresarial, cujo foco está centrado na precarização/terceirização da força de trabalho (no lucro), na retirada dos direitos trabalhistas e de cidadania (retirada da socialdemocracia) e limita o horizonte de grandes e reais transformações societárias. (TEIXEIRA, 2014, p. 53).

No caso específico da UPA 24H, um dos componentes da RUE, o Ministério da Saúde a define como uma estrutura de complexidade intermediária, com a finalidade de manter pacientes em observação, por até 24 horas⁵. Compete a estas acolherem os usuários, trabalhando articuladamente com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o SAMU, construindo fluxos de referência regulados pelas centrais de regulação, compondo uma rede organizada de atenção à saúde, para a melhoria do acesso à população. (BRASIL, 2017).

As UPAs são classificadas pelo Ministério da Saúde em portes que podem ser porte I, II ou III: Porte I (de 50.000 a 100.000 habitantes) no mínimo de 7 leitos para observação e 2 leitos de sala de urgência; Porte II (100.001 a 200.000 habitantes) no mínimo 11 leitos de observação e 3 leitos de sala de urgência; Porte III (200.001 a 300.000 habitantes) no mínimo 15 leitos de observação e 4 leitos de sala de urgências. (BRASIL, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, as UPAs funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, podendo atender grande parte das urgências e emergências, oferecendo uma estrutura simplificada com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. (BRASIL, 2017)

Dessa forma, a unidade deve prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários atingidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar 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 encaminhamento dos usuários que necessitem de atendimento em outros níveis de atenção, com garantia da continuidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Caso a organização do SUS funcionasse em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde de 1990, provavelmente não seria necessária a criação de unidades que acabam por funcionar de forma semelhante a outros serviços da rede já existente. Isto é, as UPAs oferecem atendimentos de pequena resolutividade, que implicam em repetidos retornos, justamente porque a precariedade em todos os níveis de atenção persiste.

Os usuários devem procurar uma UPA 24h nas seguintes situações:

- Pressão alta;
- Fraturas e cortes com pouco sangramento;
- Infarto e derrame;
- Queda com torção e muita dor ou suspeita de fratura;
- Febre acima de 39°C;
- Cólicas renais;
- Intensa falta de ar;
- Convulsão;
- Dores fortes no peito;
- Vômito constante.

Nesse contexto, nos deteremos na abordagem da UPA 24h Dr. Raimundo Maia Oliveira localizada na cidade de Campina Grande/PB. Esta foi inaugurada no

⁵ Conforme experiências vivenciadas durante o meu período de estágio supervisionado obrigatório na UPA 24h Dr. Raimundo Maia Oliveira identifiquei que, infelizmente, devido à alta demanda de internação de usuários nos demais pontos de atenção à saúde hospitalares, os usuários excediam o limite de tempo estabelecido (24 h) dentro da UPA. (BRASIL, 2017, p. 02).

dia 12 de maio de 2012, na gestão do Ministro da Saúde Alexandre Padilha, do Prefeito Veneziano Vital do Rêgo e da Secretária Municipal de Saúde Tatiana Medeiros. A instituição está sediada na Av. Manoel Tavares, s/n – Alto Branco, abrangendo aos usuários do município de Campina Grande-PB.

A UPA Dr. Raimundo Maia Oliveira caracteriza-se como uma unidade Porte III (tem o mínimo de 15 leitos de observação e capacidade de atendimento médio de 350 usuários por dia), sendo a primeira na Paraíba com esta estrutura. A mesma oferece serviços como ortopedia, clínica geral, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames, aplicação de medicação e leitos de observação.

O usuário ao chegar à unidade, passa pelos setores de triagem e classificação de riscos da unidade, onde é avaliado de acordo com o problema de saúde que apresenta. Em seguida é encaminhado para o atendimento adequado, nas áreas que são divididas por classificação de risco, conforme indicado no quadro a seguir:

Figura I – Classificação de risco (UPA 24h Dr. Raimundo Maia Oliveira)

VERDE	AMARELA	VERMELHA
Ala de urgência relativa, para onde são encaminhados os usuários que não estão em estado crítico, que necessitam apenas de medicação.	Ala de urgência maior, com 19 leitos (12 adultos e 07 infantil), para os usuários que não estão em estado grave, mas necessitam de acompanhamento médico com uso de medicamentos e ou de encaminhamento para outras unidades de saúde.	Ala de emergência, com 07 leitos (sendo 02 leitos para o isolamento), para que o usuário em estado crítico possa ser atendido com agilidade e precisão, no qual são realizados procedimentos necessários para estabilizar o usuário. O isolamento é destinado ao usuário com grave doença infectocontagiosa.

Fonte: Recursos Humanos da instituição, 2018.

O usuário que necessite de uma especialidade não oferecida pela unidade, é encaminhado para o hospital de referência. De acordo com a Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, a UPA tem a atribuição de:

Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos. (BRASIL, 2002, p. 08).

Apesar da determinação prevista na portaria, acima mencionada, nem sempre os usuários têm assegurado o atendimento nas UPAs, como pudemos observar durante a nossa experiência de estágio na UPA 24h Dr. Raimundo Maia de Oliveira, realizado no período do mês de outubro de 2017 a dezembro de 2018. Tal fato está estreitamente relacionado com a forma como os profissionais deste serviço entendem o funcionamento da rede de atenção, seguindo rigidamente a orientação

de que os casos que não apresentam gravidade devem ser atendidos na atenção básica.

A estrutura física da referida unidade de saúde é composta por 20 leitos, 6 salas de exames, 2 salas para classificação de risco, sala de urgência, recepção, depósito de material de limpeza (DML), depósito de macas, central de abastecimento farmacêutico (CAF), farmácia, refeitório dos funcionários, repouso masculino e feminino, vestiários masculino e feminino, guarda lixo, almoxarifado, administração, direção, arquivo médico, banheiros masculino e feminino e banheiros para portadores de deficiência.

A UPA 24h Dr. Raimundo Maia de Oliveira conta com recursos financeiros de fontes municipal, estadual e federal. A Portaria MS/GM nº 10 de 03 de janeiro de 2017, redefine as diretrizes de modelo e de financiamento das UPAs 24h como Componente da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. Desta forma, a complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde ficou sob responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios beneficiários da RAS.

No que diz respeito especificamente ao setor de Serviço Social, a UPA 24h citada anteriormente, conta com um total de 08(oito) profissionais atuando na assistência social, subdividindo-se em duas áreas: plantonista e coordenação. Esta divisão serve apenas para melhor desenvolvimento das atividades, já que na prática há uma interligação nas atuações. Os vínculos empregatícios destas profissionais são constituídos através de concursos (efetivos), processos seletivos (contratados) e cargos de confiança (comissionados). Esses vários tipos de vínculos apontam para o processo de precarização do trabalho que prevê sua flexibilização, deixando o trabalhador desprovido de direitos ligados ao estabelecimento de vínculos formais de trabalho.

O Serviço Social tem uma grande relevância no trabalho junto aos usuários e seus acompanhantes, desde o acolhimento até os encaminhamentos necessários para que o seu atendimento ocorra de forma eficiente e que haja a viabilização dos seus direitos. No âmbito da saúde, é fundamental que a atuação do serviço social, junto ao usuário e a equipe multiprofissional, seja participativa e capaz de contribuir com o bom funcionamento da unidade de saúde. Desta forma, as atribuições e competências do assistente social na saúde tendem a contribuir para a defesa das políticas públicas de saúde e para o acesso aos direitos sociais.

A partir da experiência do estágio realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) Dr. Raimundo Maia Oliveira, foi possível observar que grande parte dos usuários que estavam na unidade, desconheciam como funciona a Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo que uma quantidade significativa das demandas direcionadas ao setor de Serviço Social na UPA estava relacionada à orientação de como funciona a RAS. Desta forma, consideramos necessário propor uma ação direcionada aos usuários, para informar e esclarecer sobre como está organizada a RAS em Campina Grande e também reafirmar especificamente quais os serviços oferecidos pela UPA para a comunidade, como componente da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Sobre as contribuições e esclarecimentos dados por nós como estagiárias do curso de Serviço Social, através do projeto de intervenção realizado na UPA 24h localizada no bairro do Alto Branco, no intuito da viabilização do direito a saúde aos usuários que utilizam o serviço do SUS, falaremos no tópico a seguir.

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO: EXPONDO A SUA IMPLEMENTAÇÃO E SEUS RESULTADOS

Como exposto anteriormente, a RAS organiza-se por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde, estruturados na atenção primária, secundária e terciária. Assim, a RAS é constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Nesse âmbito, verificamos durante o estágio supervisionado obrigatório em Serviço Social, realizado na Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) Dr. Raimundo Maia Oliveira, que há bastante desconhecimento sobre como funciona a RAS, com implicações diretas sobre a demanda direcionada ao Serviço Social na UPA, o que motivou a proposição de um projeto de intervenção que teve como tema: ***A Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h e sua Inserção no Contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).***

Por vezes era direcionada a sala do Serviço Social usuários que exigiam o atendimento na unidade, mas ao passarem no setor de triagem e classificação de risco, os sintomas apresentados não se caracterizavam como um quadro de urgência/emergência ao qual a UPA é destinada a prestar atendimento. Em sua maioria eram casos a serem atendidos e acompanhados pela Atenção Básica de Saúde ou pela unidade de saúde da cidade circunvizinha a Campina Grande, no qual o usuário residia. Desta forma, cabia ao assistente social explicar ao usuário como funciona a RAS e qual a unidade de atendimento à saúde ele deveria se encaminhar para buscar atendimento especializado.

O objetivo de trabalhar com essa temática foi socializar informações junto aos usuários da UPA 24h, sobre como está constituída a RAS, e quais serviços são oferecidos para que, ao necessitarem de atendimento, possam procurar o ponto de atenção à saúde mais adequado.

Antes de iniciarmos as atividades do projeto com o público ao qual o mesmo se destinava, apresentamos a nossa proposta de intervenção às assistentes sociais da UPA que nos supervisionavam e à coordenadora do Setor de Serviço Social da instituição, que aprovaram e apoiaram a nossa iniciativa em compartilhar tais informações.

O projeto foi direcionado aos usuários da UPA 24h - Unidade do Alto Branco - e seus acompanhantes. No desenvolvimento das atividades previstas, o público foi abordado na recepção, sala de espera e na ala amarela, buscando estabelecer um diálogo sobre o tema proposto, levando em consideração o fluxo de usuários na instituição e a sua disponibilidade para participar da realização das atividades relativas ao projeto de intervenção.

Os integrantes do nosso público-alvo, na maioria das vezes, foram abordados individualmente, uma vez que essa aproximação era mais acessível aos que estavam em observação (internados) na ala amarela, para que pudessem ter um diálogo mais efetivo e, com esta individualização, os mesmos se sentissem mais confortáveis para expor suas dúvidas e suas experiências com o sistema de saúde. Entretanto, em alguns momentos fizemos a explanação da temática na sala de espera e na recepção, envolvendo mais de um usuário, para que a discussão ocorresse de uma maneira mais ampla, já que nas circunstâncias em que foram realizadas houve receptividade do público-alvo e condições favoráveis por não haver muitas pessoas aglomeradas e contarmos com uma certa tranquilidade no ambiente.

O procedimento adotado para viabilizar a ação foi, inicialmente, a entrega de um panfleto informativo (apêndice), seguido de explicação do mesmo, sobre como a RAS está organizada, informando aos usuários acerca dos serviços oferecidos pela Atenção Básica, SAMU e como a UPA 24h se situa no contexto dos serviços de saúde, em Campina Grande. Na ocasião procuramos estimular o envolvimento das pessoas que estavam participando, através de perguntas sobre o que eles pensavam ou tinham interesse de entender a respeito da temática em discussão.

Através do diálogo estabelecido durante as atividades do projeto, foi possível identificar que a maioria dos usuários que participou residia em cidades circunvizinhas a Campina Grande/PB. Na ocasião, ouvimos relatos de que a Atenção Básica de Saúde nos municípios de origem atendia as suas necessidades, que recebiam atendimento domiciliar pela equipe médica na Unidade Básica da Saúde quando necessário e eram visitados pelo agente comunitário de saúde (ACS). Por outro lado, grande parte dos usuários residentes em Campina Grande informou que a Atenção Básica à Saúde não funcionava em suas comunidades e apontaram vários motivos: por falta de médico, falta de medicamento, não tinham retorno de solicitação de exames e/ou encaminhamentos para consultas com médicos especialistas, ou até mesmo que o posto de saúde nunca chegou a funcionar, não recebiam visita domiciliar do profissional de medicina, principalmente em casos onde o familiar tinha um idoso acamado em casa, e não recebiam visita do ACS. Desta forma, tinham que por vezes procurar atendimento em outra unidade mais próxima ao seu bairro ou ficava sem o atendimento necessitado naquele momento. Assim, por falta de conhecimento de como a RAS funciona ou mesmo pela necessidade do atendimento, eles enxergavam a UPA 24h como a forma mais viável ou única de serem atendidos por uma equipe médica.

Quando explicamos como deveria funcionar a RAS, os mesmos disseram que se a rede de atenção à saúde realmente funcionasse como é determinado seria excelente, mas que eles só vêem falhas em todas as unidades que compõe a RAS, principalmente na Atenção Básica de Saúde, que deveria ser o centro de comunicação e articulação para melhorar o desempenho do sistema. Destacaram também a falta de material, sucateamento das instalações, superlotação nos hospitais de referência, que acabam atrasando a transferência do usuário que está na UPA aguardando o atendimento especializado para a sua enfermidade, etc.

A RAS, assim como determina a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde deve integrar o sistema de saúde de forma contínua tendo a Atenção Básica como um meio para melhorar o desempenho do sistema de saúde, de modo que os serviços sejam mais acessíveis respondendo com efetividade às necessidades em saúde, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e que satisfaçam as necessidades dos usuários assegurando que os compromissos sejam cumpridos. Mas, infelizmente o que vimos junto aos usuários abordados foi um sistema de saúde com demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários, dificuldades na marcação de consultas e exames, demora na transferência para hospitais de referência, não entendimento do tratamento indicado por falta de condições para realizar o tratamento, devido ao alto preço do medicamento prescrito ou de transporte necessário para o acesso à unidade de saúde.

Ficou clara na fala dos usuários, que o que interfere na integralidade do cuidado conforme determina a RAS é a dificuldade da acessibilidade dos mesmos a alguns serviços de saúde do município. Para isso, a atenção primária (Unidades

Básicas de Saúde), precisam disponibilizar o acesso aos serviços de saúde a população respondendo ao sofrimento/adoecimento.

A Constituição Federal de 1988 garantiu que o SUS seria um sistema de saúde público e universal para todos os cidadãos brasileiros. Todavia, a conjuntura de implementação do mesmo nos anos 1990 e 2000 foi permeado por reformas estruturais decorrente da lógica neoliberal – permitindo a atuação da iniciativa privada na área da saúde – que ameaçam o direito universal à saúde, ignorando o marco legal que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Ou seja, a desresponsabilização do Estado perante as questões sociais, através, da compra de serviços privados para o fornecimento público de saúde.

Portanto, o Estado deixa de gerenciar as ações públicas dentro dos espaços públicos, contratando empresas que iram gerenciar o financiamento repassado para a saúde, ficando sob sua responsabilidade contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública. Logo, privatiza-se desta forma o espaço público, pois, com a redução de concursos públicos, ocorre uma precarização do mercado de trabalho, com a diminuição dos salários, e a falta de estabilidade para estes funcionários, como plano de carreira, a impossibilidade de greve. Esse projeto segue a vertente de gestão privada que não prioriza a qualidade do atendimento e sim a quantidade e o lucro que pode gerar. (DUARTE, et. al., 2014).

Nessa perspectiva neoliberal, um conjunto de contrarreformas beneficiam o capital em detrimento dos direitos sociais. Assim, foi efetivado um conjunto de privatizações de serviços estatais, redução do orçamento da União destinado à saúde pública inviabilizando uma assistência integral e universal do SUS aos brasileiros, fortalecimento dos planos privados de saúde como alternativa ao atendimento disponibilizado na rede pública. Além dos planos de saúde, o capital privado na saúde encontra-se em outras frentes de atuação, a exemplo das cooperativas que mantêm convênio com os sistemas municipais que operacionalizam o SUS. (DUARTE, et. al., 2014).

Estes aspectos se expressaram nas falas de alguns usuários que participaram do projeto de intervenção, ao afirmarem que o SUS é destinado àqueles que não têm acesso ao sistema privado. Ou seja, observa-se que há uma valorização do privado em detrimento do público, discurso que vem ganhando espaço em virtude da difusão do ideário neoliberal, de desqualificação do que é público e de demonização do Estado, que tem contribuído inclusive para a perda de esperança na efetivação dos direitos conquistados na Constituição Federal de 1988.

A experiência de estágio e os diálogos travados com os usuários durante a execução do projeto de intervenção evidenciaram que há insatisfação com a saúde pública, decorrente da baixa qualidade nos atendimentos, das poucas vagas de internação em hospitais de referência, das estruturas físicas sucateadas, filas de espera por atendimento médico, nos serviços de saúde de um modo geral, o que mostra o quanto a Constituição é desrespeitada.

No entanto, os avanços do SUS desde os anos 1990 não são desprezíveis apesar de tantos entraves na atenção à saúde. Por isso discutimos com os usuários os serviços oferecidos prioritariamente e/ou exclusivamente através do SUS à população, como: ações de vigilância em saúde, como o trabalho da Anvisa e as campanhas de imunização; procedimentos de alta complexidade, como o transplante de órgãos; redes de doadores de medula; programas de prevenção e tratamento,

como o de combate ao HIV/aids; além da produção de tecnologia e conhecimento. (RADIS, 2011)

O projeto teve uma durabilidade de um (01) mês, sendo realizado em quatro (04) domingos, no mês de novembro de 2018, com atividades nos turnos da manhã e da tarde. Em média chegamos a abordar entre 40 a 50 usuários por domingo, e cada abordagem era significativa, pois na interação tínhamos uma troca de conhecimentos e experiências. Verificamos que os usuários se sentiam confortáveis para relatar os problemas vivenciados em alguns pontos de atenção, perguntar sobre o que poderiam fazer para ter acesso ao que era de direito deles, ou mesmo expressar o desconhecimento a respeito da existência de distinção de especialidades de atendimento em cada unidade de atenção à saúde.

Os usuários elogiaram a iniciativa de compartilhar tais informações, relataram que desconheciam a organização da RAS e disseram que foi a primeira vez que foram abordadas por um assistente social dentro da UPA 24h enfocando essas orientações, pois o contato que já tinham tido com profissionais de Serviço Social foi para esclarecimentos a respeito do funcionamento da instituição, as normas e rotinas da mesma ou resolver alguma demanda específica do usuário ou do acompanhante.

Apesar do assistente social contribuir através de suas ações na viabilização do direito à saúde, garantidos por lei ao usuário, a atuação deste profissional por vezes é entendida de forma distorcida, numa perspectiva burocrática de mero mediador das reclamações relativas ao funcionamento da unidade hospitalar, devendo revertê-las com orientações e informações gerais sobre a possibilidade ou não de acesso ao serviço de saúde, o que leva a uma concepção de que todo mundo pode executar o que esse profissional desempenha.

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho, regulamentada pela Lei 8.662/1993, que se situa no processo de reprodução das relações sociais. Com base na citada lei os profissionais tem clareza quanto às competências de sua atuação profissional, contribuindo através da elaboração de planos, programas e projetos para o acesso aos direitos sociais, geralmente pela mediação das políticas sociais. A profissão tem uma atuação de caráter sócio-político, cuja direção social se pauta por uma abordagem crítica e propositiva frente às demandas que lhes são postas. Para tanto, utiliza-se do referencial teórico crítico-científico das ciências humanas e sociais para analisar a realidade social e intervir nas diversas expressões da questão social, configuradas nas desigualdades sociais, econômicas e culturais oriundas da sociedade capitalista. (IAMAMOTO, 2013).

O trabalho desenvolvido pelo assistente social na área da saúde é de suma importância para viabilizar aos usuários o acesso aos serviços oferecidos pelo SUS, auxiliando estes usuários a respeito de seus direitos e deveres. Nesta perspectiva, o Projeto de Reforma Sanitária apresenta como principais demandas ao Serviço Social na saúde: “democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular” (CFESS, 2010, p. 26).

Uma importante referência para a prática do Serviço Social é o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde⁶. Publicado

⁶ Este documento visa responder, a uma histórica discussão da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde, como também, as requisitadas pelos usuários

pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2010, o seu conteúdo oferece subsídio para uma prática condizente com o que preconiza a legislação da profissão e o seu projeto ético-político. Segundo os Parâmetros,

O assistente social atua na saúde embasado em quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. (CFESS, 2010, p.65).

Como futuras assistentes sociais buscamos, através do projeto de intervenção realizado, e com base nos Parâmetros para a Atuação do assistente Social na Saúde, contribuir com subsídios que favorecessem o entendimento do usuário a cerca da realidade da atenção à saúde, cientes de que a profissão tem nas ações socioeducativas a potencialidade de desenvolver atividades voltadas a:

- Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos;
- Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade;
- Desenvolver atividades nas salas de espera com o objetivo de socializar informações e potencializar as ações socioeducativas;
- Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; entre outros. (CFESS, 2010, p. 56).

Portanto, parte-se da compreensão de que cabe ao Serviço Social formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências que favoreçam a efetivação da saúde como direito social, atentando que o trabalho do assistente social na saúde ao pautar-seno projeto ético-político, conseqüentemente precisa estar articulado ao projeto de reforma sanitária. (MATOS, 2003).

O assistente social é um profissional que, respaldo no Código de Ética do Serviço Social, nos Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde e no Projeto Ético-Político da profissão, tem um lastro que tende a possibilitar uma compreensão do indivíduo a partir da totalidade social, e a defender uma atenção integral ao usuário, compreendendo a saúde para além do processo saúde/doença.

Diante do exposto, consideramos que a realização do projeto de intervenção possibilitou momentos construtivos de aprendizagem e troca de conhecimentos tanto da parte dos usuários da UPA quanto da nossa, de modo que pudemos perceber o quanto a população precisa de informações e que está aberta para recebê-las e debatê-las a partir das suas vivências, saberes, dúvidas e expectativas.

5. CONCLUSÃO

Importantes modificações ocorreram na política de saúde desde a criação do SUS com a Constituição Federal de 1988, referenciado na compreensão da saúde

dos serviços ou pelos empregadores desses profissionais no setor saúde. Portanto, neste sentido, procura expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde, bem como na atenção básica, média e alta complexidade em saúde. (CFESS, 2019, p.11-12).

como direito do cidadão e responsabilidade do Estado, devendo ser ofertada de forma universal e igualitária para todos os brasileiros.

Ao longo de quase 31 anos de existência do SUS há entraves estruturais que dificultaram a execução plena dos princípios da reforma sanitária brasileira, tais como o “baixo financiamento público, as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público, e os problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas na saúde”. (SILVA, 2011, p. 08). Este quadro vem sendo ainda mais agravado no cenário recente, com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 que congela por 20 anos os recursos orçamentários para os gastos públicos com as políticas sociais.

O entrave histórico de fragmentação do sistema de saúde brasileiro, da concorrência dos serviços e de sua ineficiência, tem na proposição da RAS uma possibilidade que ainda não chegou a uma materialização efetiva, apesar de ser colocada pelo Ministério da Saúde como centro da Política de Atenção à Saúde desde 2011. A integração da saúde, constituída pelas redes regionalizadas e integradas de atenção, é vital para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, sendo relevante na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis.

Evidencia-se que há uma distância entre o SUS real e o SUS constitucional. Percebe-se o acirramento da disputa entre o projeto privatista e o Projeto de Reforma Sanitária para a saúde pública, universal e integral. Cada vez mais o SUS torna-se orgânico aos interesses privados. (PAIM, 2018). O Projeto da Reforma Sanitária é contestado e o projeto de saúde privatista é consolidado, e com esta consolidação o Estado reduz sua atuação, pautada na política de ajuste que tem como princípios a contenção de gastos, precarização, terceirização dos recursos humanos, privatizações e, assim, a não concretização da universalidade. A privatização dos serviços não ampliou o acesso dos usuários à rede de saúde, e sim reduziu direitos sociais garantidos através de lutas enfrentadas pelas categorias em prol da saúde universal e gratuita. A consequência do modelo de gestão privada em uma unidade pública é que se voltará para o lucro, priorizando a produtividade em prejuízo à qualidade da atenção.

Durante aproximadamente um ano e dois meses de estágio supervisionado na UPA 24h Dr. Raimundo Maia Oliveira, foi possível perceber que a mesma sofre os rebatimentos dos desmontes da política de saúde de várias formas, seja pela fragilidade no funcionamento dos vários pontos de atenção da RAS que perpassam esta unidade de saúde, seja pela precarização da estrutura física ou do trabalhador da saúde, devido aos baixos salários e a contratação por processos seletivos, que tem impactos negativos no atendimento a população, provocando insatisfação dos usuários que necessitam desse serviço.

Como estagiária, vivenciamos um processo de grande aprendizado, ao conhecer a atuação profissional do assistente social na área da saúde, o que nos permitiu fazer mediações entre teoria e prática. Estagiar em uma unidade de saúde foi fundamental para compreender como estão organizados os serviços de atenção à saúde no SUS e os desafios postos para a efetivação do direito à saúde na atualidade, em decorrência do descaso com a saúde pública.

O projeto de intervenção desenvolvido propiciou aos usuários entender como está organizada a RAS em Campina Grande, esclarecendo os serviços que cada unidade de saúde oferece, para que esses possam saber qual deles procurar quando necessário, evitando desperdício de tempo e poupando-os de uma peregrinação à procura de atendimento. A possibilidade destes usuários levarem

essas informações para outras pessoas, pode fazer com que o projeto tenha repercussões para além da UPA 24h e estimular uma postura mais participativa dos usuários, no sentido de cobrarem das partes responsáveis o que lhes foi garantido por lei, o acesso universal e igualitário aos serviços para a promoção, proteção e recuperação, visando uma atenção integral à saúde.

Supomos que através da realização do projeto colaboramos também com a UPA, no sentido de facilitar o funcionamento de suas atividades, tendo em vista que os usuários poderão passar a buscar os serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em seus diferentes níveis de atenção, com maior clareza acerca do funcionamento dos mesmos.

Por fim, consideramos que na conjuntura atual há inúmeras demandas e desafios no cotidiano de trabalho do assistente social, que precisam ser respondidas e enfrentadas a partir de uma leitura crítica da realidade e de uma articulação política com os demais trabalhadores da saúde (assim como de outras áreas) e com os usuários, visando a defesa do direito a saúde pública de qualidade, pautada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação que estão na base da proposta do SUS, em contraposição ao projeto privatista na saúde, que vem ganhando forças no contexto neoliberal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 4.279 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010**. Que dispõem sobre: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 10 de abril de 2019.

_____. Grupo Técnico Da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Versão / dezembro, 2010. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o----Sa--de-do-SUS.pdf>. Acesso em 21 de março de 2019.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em 21 de março de 2019.

_____. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em 19 de abril de 2019.

_____. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em 19 de abril de 2019.

_____. **Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017.** Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html.

Acesso em 19 de abril de 2019.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em 11 de maio de 2019.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 14 de julho de 2019.

_____. **Saúde de A a Z.** Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências. Versão do sistema: V-3.7.008. Data Liberação: 18/12/2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>. Acesso em 23 de abril de 2019.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação do Assistente Social na Política de Saúde. Brasília: 2010. Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 19 de julho de 2019.

CONASS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em 20 de março de 2019.

GIOVANELLA, L.. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** Espaço Temático: Política Nacional de Atenção Básica. **Cad. Saúde Pública** 34 (8)

20 Ago 2018. Disponível em:

<https://scielosp.org/article/csp/2018.v34n8/e00029818/pt/#>. Acesso em 16 de abril de 2019.

IAMAMOTO, M. V.. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 24ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

MATOS, M. C. de. **O Debate do Serviço Social na Saúde nos anos 90.** *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, nº 74, jul./2003.

MENDES. E. V.. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de->

[planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf](#). Acesso em 17 de abril de 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. *RevMed Minas Gerais*, v. 18, supl. 4, 2008.

PAIM, J. S.. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>. Acesso em 02 de julho de 2019.

PAIM, J. S. **Uma leitura sobre os 30 anos do SUS**, 2018. 1 vídeo (39:01min). Publicado pelo canal Outras Palavras. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=C3KRpdldOGk>. Acesso em 14 de julho de 2019.

RADIS. **O SUS que não se vê. Por que o verdadeiro tamanho do sistema desaparece aos olhos dos brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Nº 104, abr/2011. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis104_web.pdf. Acesso em 23 de agosto de 2019

SILVA, S. F.da. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>. Acesso em 18 de abril de 2019.

TEIXEIRA, S.F. **Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária**. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989.

DUARTE, M. J. de O. et. al. (Orgs.). **Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. As Unidades de Pronto Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (Upas) 24h. O Fetiche do Novo Modelo de Gestão e Impacto do Sistema Único de Saúde**. 1ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

UNA-SUS/UFMA. **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Redes de Atenção às Urgências e Emergências no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes05.pdf. Acesso em 07 de junho de 2019.

PANFLETO A – PANFLETO (PROJETO DE INTERVENÇÃO)

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil), o usuário deve procurar uma UPA 24h nas seguintes condições:

- Pressão alta;
- Fraturas e cortes com pouco sangramento;
- Infarto e derrame;
- Queda com torção e muita dor ou suspeita de fratura;
- Febre acima de 39°C;
- Cólicas renais;
- Intensa falta de ar;
- Convulsão;
- Dores fortes no peito;
- Vômito constante.

REFERÊNCIA:

Ministério da Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/upa/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias> Acesso em 15 de setembro de 2018.

Ministério da Saúde. UPA 24h – Sobre o Programa. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/upa/so-bre-o-programa> Acesso em 15 de setembro de 2018.



**PROJETO DE INTERVENÇÃO:
A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA
24h E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DA
REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE - RAS.**

**ESTAGIÁRIAS:
MAYANNE MARIA BEZERRA RAMOS
NATALIA FERREIRA DO NASCIMENTO**

CAMPINA GRANDE-PB, 2018.

Os serviços prestados a população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), está organizado em rede de atenção, visando assegurar a garantia do direito à saúde e a melhoria dos serviços.

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como finalidade articular e integrar todas as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em diferentes níveis de atenção.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil), a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é composta por:

- Unidades Básicas de Saúde;
- SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgências);
- Hospitais de atenção às urgências / emergências;
- UPA 24h (Unidade de Pronto Atendimento).

O que cada serviço que compõe a RAS oferece aos usuários do SUS:

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

A atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a porta de entrada do SUS. O atendimento nestas unidades ocorre através de consultas mediante marcação (consulta agendada) ou quando o usuário chega com algum sintoma não grave (consultas sem agendamento), vacinação, realização de testes rápidos, entrega de medicamentos, troca de curativos, injeções, além do atendimento médico, odontológico e de enfermagem.

SAMU 192

O Serviço de Atendimento Móvel as Urgências (SAMU) 192, é classificado no nível intermediário da atenção a saúde. Com as Centrais de Regulação do SAMU 192, quando uma ambulância do programa é enviada para o atendimento, os profissionais de saúde já sabem para onde levarão o usuário, evitando peregrinação à procura de leito, agilizando o socorro.

HOSPITAIS DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS / EMERGÊNCIAS

Os Hospitais são estruturas de média e alta complexidade. Em situações de emergência que necessitam de internação, cirurgias ou exames mais elaborados, é o Hospital que vai ser capaz de realizar o atendimento. Apenas nos casos mais complexos, os usuários que precisam ser acompanhados, com situações que requisitem acompanhamento cirúrgico, maternidade, exames de imagem, etc, devem seguir para os Hospitais.

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24h)

As UPA's funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Quando o usuário chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o usuário a um hospital ou mantê-lo em observação por 24h.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus por estar sempre ao meu lado, nos momentos de felicidade enchendo-me de alegria e, nos momentos difíceis mostrando-me a lição que deveria aprender para me tornar um ser humano melhor.

A minha mãe Marta Lúcia e aos meus irmãos Elton e Márcia que me receberam nesta terra e, me ensinaram o valor do trabalho honesto, do amor ao próximo, da solidariedade, da amizade, do canto, do riso, da alegria, da vida! Agradeço pelo amor, carinho e por tudo o que recebi na minha infância até a vida adulta, pois sei que fizeram o melhor que puderam dentro das limitações e nível de consciência que possuíam.

Meus sinceros agradecimentos a todos os professores do Departamento de Serviço Social que contribuíram de forma significativa nesta minha formação, em especial a Professora Sandra Amélia, pela paciência e orientação deste trabalho.

Agradeço as professoras Lucia Patriota e Socorro Pontes por terem aceitado o convite para fazer parte da banca examinadora. Minha gratidão pela generosidade em compartilhar comigo suas experiências e conhecimentos profissionais nessa trajetória acadêmica.

Agradeço aos amigos e a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.