



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

AMANDA DE JESUS SANTANA

**“REDE DE ATENÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: PLANEJAMENTO E
TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO (UPAS)”**

SÃO CRISTÓVÃO-SE

2022

AMANDA DE JESUS SANTANA

**“REDE DE ATENÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: PLANEJAMENTO E
TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO (UPA’S)”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe como pré-requisito para obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Profa. Dra. Liliádia da Silva Oliveira Barreto

SÃO CRISTÓVÃO-SE

2022

AMANDA DE JESUS SANTANA

**“REDE DE ATENÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: PLANEJAMENTO E
TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO (UPA’S)”**

Aprovado em ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Liliádia da Silva Oliveira Barreto
Orientadora (DSS/UFS)

Prof.^a Dra. Noêmia Lima Silva
(DSS/UFS)

Prof.^a Dra. Esther Nunes Praça
(HU/UFS)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado, em todos os momentos, nunca me deixando desistir e sempre mostrando caminhos e iluminando a minha mente para que possa realizar meus sonhos.

A minha mãe, Sueli, por sempre apoiar meus sonhos, as minhas decisões e por sempre se preocupar comigo e com minhas irmãs, batalhando, incansavelmente, para que possamos ser as melhores pessoas.

As minhas irmãs Ana Clara, Isabela e Karla que, mesmo de longe, eu busquei forças em alguns momentos.

Ao meu namorado Ronisson, que sempre segurou minha mão nos momentos mais difíceis ao longo dessa trajetória, e por ter oferecido total apoio e energias positivas em meus momentos de surtos (rsrs).

A minha amiga e parceira de curso, Fernanda, que me acompanhava em todas as orientações do trabalho (parecíamos uma dupla kkk). Valeu!

Aos meus amigos que compreenderam meus momentos de ausência e por sempre me incentivarem a pensar positivamente em todos os momentos difíceis.

A minha orientadora, a Profa. Liliádia Barreto, por não ter desistido da academia após analisar minhas produções (rsrsrs). Agradeço imensamente pela compreensão, a paciência, o incentivo, a positividade diante das dificuldades apresentadas e indicar a direção correta sempre. Sem seu apoio, não teria conseguido.

Muito obrigada!

*"Alice: "Você pode me ajudar?"
Gato: "Sim, pois não."
Alice: "Para onde vai essa estrada?"
Gato: "Para onde você quer ir?"
Alice: "Eu não sei, estou perdida."
Gato: "Para quem não sabe para onde vai, qualquer caminho
serve.."*

(LEWIS CARROLL, 1931)

RESUMO

Esta pesquisa surge da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social em atendimento realizado em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, na qual foi possível vivenciar demandas das necessidades sociais de saúde da população assistida. O fluxo de demandas para atendimento corroboram para as dificuldades encontradas para a organização do trabalho em saúde. O estudo discutiu o planejamento e suas estratégias de ação, de forma a otimizar as respostas e garantir a melhor atenção do cuidado com melhorias na qualidade de vida das pessoas assistidas. Aborda a prática do planejamento como um instrumento para a atuação do Serviço Social na rede de serviços de saúde compreendendo este instrumento como um potencializador de melhores resultados em UPAs. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva exploratória que parte do pressuposto de que o planejamento é necessário no cotidiano profissional do assistente social. Este trabalho delimita brevemente os marcos do planejamento, historicamente, em suas diferentes abordagens, seu uso, e as limitações que a ferramenta apresenta quando implementada de forma simplista e focalista.

Palavras-Chave: Planejamento. Rede de Atenção à Saúde. Serviço Social. SUS. UPA,s.

ABSTRACT

This research arises from the experience of a supervised internship in Social Work in a 24-hour Emergency Care Unit (UPA), in which it was possible to experience the demands of the social health needs of the assisted population. The flow of demands for care corroborate the difficulties encountered in the organization of health work. The study discusses the planning and its action strategies, in order to optimize the responses and guarantee the best care with improvements in the quality of life of the people assisted. It addresses the practice of planning as an instrument for the performance of Social Work in the network of health services, understanding this instrument as a potentiator of better results in UPAs. Methodologically, it is a qualitative research of exploratory descriptive nature that starts from the budgets that the planning is necessary in the professional daily life of the social worker. This work briefly outlines the planning milestones, historically, in its different approaches, its use, and the limitations that the tool presents when integrated in a simplistic and focalistic way.

Keywords: Planning. Health Care Network. Social service. SUS. Upas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Pública
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Implantação do Número de UPA's.....	18
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I - ORGANIZAÇÃO TEÓRICO METODOLÓGICA DO ESTUDO.....	13
1.1 Revisão da Literatura.....	15
1.2 Metodologia da Pesquisa.....	19
1.3 Objetivos.....	18
1.3.1 Objetivo Geral:.....	20
1.3.2 Objetivo Específicos:.....	20
1.4 Procedimento Metodológico da Pesquisa.....	21
CAPÍTULO II - O PLANEJAMENTO EM SAÚDE.....	23
2.1 Conceito e Ordenação Histórica.....	23
2.2 O Planejamento em Saúde com a Criação do SUS.....	25
2.3 Planejamento do trabalho do Serviço Social no contexto da Pandemia da Covid-19.....	28
CAPÍTULO III - O SERVIÇO SOCIAL EM REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS.....	32
3.1 O Planejamento e a Regulamentação da Profissão de Serviço Social.....	32
3.2 O Serviço Social e sua Atuação no SUS.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso, traz reflexões a partir da experiência de estágio curricular obrigatório em Estágio Supervisionado Curricular Obrigatório I e II, disciplina do Serviço Social, do departamento do Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe (DSS/UFS), que se realizou no período de fevereiro e novembro de 2022, em uma Unidade de Pronto Atendimento – denominadas de UPA's – um espaço de atenção do cuidado em saúde diretamente ligado a Política nacional de Atenção às Urgências e Emergências (PNAU) que atua dentro do nível secundário de assistência à saúde da população brasileira.

O tema surgiu no contexto da identificação das demandas junto aos usuários da unidade, através do acolhimentos realizados a esses. Durante o estágio foi possível observar dificuldades no atendimento realizado pelo Serviço Social na UPA. Percebe-se que a ausência do planejamento é apenas um dos muitos problemas diante das dificuldades dos atendimentos do grande fluxo de demandas dos usuários, que se vinculavam a uma desorganização na ordem do atendimento à saúde em suas prioridades e peculiaridades, ausências de ações interventivas concreta, além da falta de diagnóstico preciso e claro da realidade das pessoas atendidas na UPA.

O contexto foi observado pelo foco da inclusão do planejamento como ação estratégica de atenção do cuidado, visto que o planejamento como um instrumental que, em potência, contribui para uma intervenção sistematizada, crítica, que tem usuários como colaboradores essenciais, ou seja, mais qualificados. No planejamento é possível levantar informações acerca da realidade: indicadores sociais, diagnósticos e estudos, identificação dos problemas, dificuldades, potencialidades e oportunidades internas e externas à organização planejada, dessa forma potencializando resultados mais eficazes na atuação do assistente social. (BRASIL, 2020).

Dessa forma, o estudo pretende discutir sobre o planejamento e suas estratégias de ação, de forma a otimizar as respostas e garantir a melhor atenção do cuidado com melhorias na qualidade de vida das pessoas assistidas.

As UPAs fazem parte de uma rede de atenção intermediária contida no nível de atenção secundária em saúde vinculado ao SUS. Seguindo a organização do SUS as UPA's agem como um complemento à atenção primária, ao lidar com casos agudos que a atenção primária não pode responder. Seu objetivo é reduzir o número de pacientes nas entradas dos hospitais e apoiar a atenção primária. (Brasil, 2017)

Necessidades de saúde não atendidas são observadas como elementos geradores e demandadores de respostas qualificadas para melhorar a prestação do serviço de saúde em

UPA's. O atendimento de saúde em UPA's inclui respostas ao que acontece no momento de realização do trabalho, sem validar a organização do serviço.

Existe uma dinâmica institucional com fluxo de atendimento de constante movimento com queixas diversas e imediatas de atenção, que por vezes são justificadas como invasivas para a absorção de novas demandas e responsabilidades institucionais e de seus trabalhadores.

Notório é que a prática do planejamento nem sempre é utilizada como instrumento do trabalho em Serviço Social, o que demanda um efeito de práticas do serviço pautado no imediatismo com respostas de saúde para abranger às necessidades do momento, de poucos resultados o que se insere como o problema da pesquisa.

A realidade de poucos resultados ou a não observância destes, é vista como problema que está relacionado à necessidade do planejamento como ferramenta para atuação do Serviço Social em UPAs.

Nesse contexto, a ferramenta planejamento é instrumento para a atuação do Serviço Social na rede de serviços compreendendo este instrumental como um potencializador de melhores resultados do trabalho em UPA's.

O planejamento como instrumento do trabalho do Serviço Social está assegurado pela Lei de Regulamentação da Profissão – Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993 pela qual se observa ser de responsabilidade do profissional o planejamento e a organização do trabalho para acompanhar e contribuir para a “análise da realidade social subsidiar ações profissionais” (art. 4). O planejamento deve ser um instrumento de atuação do Serviço Social considerando-o para o uso na “administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social”(art.5), de forma propor uma melhor disposição do trabalho proativo.

A prática do planejamento pelo Serviço Social poderá dirimir situações repetidas de desagravo ao trabalho que é prestado em UPA's e ser um facilitador de melhores ações pensadas no coletivo da equipe de profissionais de saúde e no próprio âmbito da profissão, considerado para isto, o trabalho do Serviço Social como importante instrumento de garantia dos direitos sociais.

O objeto do estudo é a prática do planejamento como instrumento para a atuação do Serviço social na rede de cuidado em saúde, delimitado ao trabalho do Serviço Social dentro das UPA's. A discussão sobre a atuação do Serviço Social no âmbito das UPA's está na perspectiva do planejamento como um instrumento necessário para a proatividade do serviço com resultados que apontem para a competência profissional.

A justificativa para esta escolha parte das indagações sobre o fluxo de atendimento e do trabalho prestado pelo Serviço Social que possibilitaram refletir o processo de organização do serviço de saúde em UPA's com a inclusão do planejamento como elemento basilar para

melhorar o atendimento, dirimir sobrecarga do serviço prestado por toda a equipe de profissionais da saúde e garantir o melhor fluxo de atenção e cuidado às pessoas assistidas.

As principais demandas observadas em UPA's acompanhadas pelo Serviço Social incluem atendimento a grupos familiares e indivíduos sem direitos básicos de acesso à saúde, especificamente os garantidos pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) que tem em suas diretrizes “a garantia da promoção, prevenção, da proteção, do tratamento e da recuperação da saúde; o direito ao atendimento humanizado e ao direito de participar dos conselhos e das conferências de saúde” (BRASIL, 2012).

Pessoas expostas a circunstâncias de violência doméstica e familiar, do tipo física e sexual, pacientes com dificuldades para obter medicamentos considerados de baixo custo (básicos e estratégicos) e de alto custo (como os de câncer, por exemplo) e tratamentos clínico-hospitalar, sendo eles clínicos, cirúrgicos e traumatológicos, também são atendidos nestes locais.

O Serviço Social em UPA's têm como função atuar nas mais variadas expressões da questão social¹, tais como elas se apresentam nas relações de trabalho, nas relações familiares e comunitárias, de saúde, violência, gênero, raça entre outros, e tem no planejamento um equipamento basilar para a elaboração de normas e rotinas de trabalho dentro da instituição.

A importância do planejamento para a atuação do Serviço Social em UPA's deflagra exigências para a prestação de um serviço qualificado e de competências com possibilidades e especificações quanto às soluções a serem dadas para as demandas de saúde da população.

Seus profissionais são diariamente desafiados a responderem de forma competente e qualificada às necessidades sociais de saúde da população e elevar o nível do atendimento do serviço e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Estas demandas inserem competência profissional para agir e compreender a complexidade dos problemas que surgem de forma ágil e propositiva que incluem necessidade de organização do trabalho em equipes, dialogar de forma colaborativa e permanente com seus pares e com a população assistida.

Quando não se prioriza o planejamento como instrumento basilar para a melhor organização do trabalho se tem observado prejuízos que demandam atenção no cuidado na prestação do serviço, morosidade no atendimento, maiores custos para acompanhamento com desgastes no trabalho pela acumulação de tarefas desnecessárias, prejuízos aos cofres públicos e poucos resultados apresentados ainda que se observa grande demanda de trabalho.

¹ Conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto (2003, p. 27).

O despertar do planejamento como instrumento básico de novas performances do atendimento em saúde insere repensar a prática do serviço e as demandas do trabalho com necessidades de saúde respondidas de forma qualificada. Sem o planejamento as respostas a essas demandas se materializam em ações de cunho burocrático e tecnicista, tensionado por uma prática profissional sem fundamentos específicos de articulação com os usuários e instituições.

Atuar com preposição profissional requer compreender a complexidade das questões de forma ágil e proposital. Isso significa compreender a necessidade de organizar equipes, manter diálogo permanente com pares e populações assistidas e priorizar o planejamento como instrumento básico para melhor organização do trabalho.

O capítulo I - trata-se da organização teórica e metodológica do estudo. Apresenta uma revisão de literatura sobre o sistema único de saúde (SUS) instituído pela constituição federal de 1988 e considerações sobre as unidades de pronto atendimento, o método e objetivos da pesquisa.

O Capítulo II - Versa sobre o surgimento do planejamento na saúde, sendo considerados alguns marcos históricos sobre uso da ferramenta na América Latina e as primeiras ações de saúde com cunho de planejamento no Brasil.

O capítulo III - Aponta o planejamento e a regulamentação da profissão de Serviço Social, resgatando alguns marcos do surgimento da profissão e sua requisição pelo estado na sociedade, além de abordagens sobre a atuação do Serviço Social no SUS.

CAPÍTULO I - ORGANIZAÇÃO TEÓRICO METODOLÓGICA DO ESTUDO

1.1 Revisão da Literatura

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira e regulamentado pelas Leis nº 8.080 e 8142, ambas de 1990, conhecidas como as Leis Orgânicas da Saúde (LOS). O SUS é um sistema de saúde universal de acesso livre e gratuito a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país. Atualmente é reconhecido como o maior sistema de saúde do mundo por atender a toda população brasileira de aproximadamente 215 milhões de habitantes.

Dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020 apontam que cerca de 75% dos brasileiros — o que corresponde a mais de 150 milhões de pessoas — necessitam dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Dentro dos Serviços de saúde mais procurados e divulgados pela pesquisa estão: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os consultórios médicos (de clínicas particulares) e as Unidades de Pronto Atendimento.

O SUS permitiu acesso livre ao sistema de saúde, de cobertura universal a todos os brasileiros que passaram a ser atendidos no âmbito do cuidado em saúde em substituição ao tratamento de doenças.

Esta perspectiva amplia o conceito de saúde por substituir o trabalhar em saúde com foco nas pessoas e não nas doenças. Isto permitiu o repensar do atendimento em saúde para além do trabalho técnico assistencial especializado incluindo o aspecto humanizado do cuidado e generalista.

A ideia de cuidado implicou a inclusão de uma gestão participativa, de controle social e descentralizada administrativamente. Este modelo de prestação de saúde passa a ser organizado em rede de serviços pelas quais os brasileiros são assistidos em suas doenças inseridos em espaços hospitalares e clínicos, e insere cuidados de saúde no âmbito da promoção, prevenção de saúde e tratamento de doenças em seus agravos decorrentes sejam eles de aspecto biológico, psicológico e social em rede ampliada de serviços de saúde.

A ordenação dos serviços de saúde e de seus trabalhadores dentro do SUS prevalece por um modelo de organização mais efetiva para responder às necessidades de saúde da população e melhorar a qualidade de vida das pessoas assistidas em suas diferentes redes de serviços.

Ações em serviços de saúde são organizadas seguindo suas diretrizes e integram uma rede regionalizada e hierarquizada, de participação social com serviços que constituem o

modelo assistencial do SUS, a regulamentação do SUS dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências para a organização da rede e dos serviços de saúde prestados.

Em todo o país, o SUS deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização, sendo que é definido como único na Constituição Federal de 1988 um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular.

Elementos doutrinários que constituem a organização do SUS podem ser descritos com base na Lei 8.080 Art. 7º/CF que dispõe como princípios, a universalidade - Todo cidadão tem direito à saúde e acesso a todos os serviços públicos de saúde independentes de sexo, raça, ocupação e etc; integralidade -Todas as pessoas devem ser atendidas desde as necessidades básicas, de forma integral; equidade - Respeitada a universalidade, deverá ser dada mais atenção a quem mais necessitar, respeitadas as necessidades dos usuários e usuárias.

Quanto às finalidades do SUS estas podem ser descritas como a formulação de políticas públicas para promoção, prevenção e tratamento de doenças, identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e assistência às pessoas de modo a diminuir as discrepantes desigualdades sociais referentes à saúde, tendo com o objetivo de ofertar atendimentos simples, como avaliação de pressão arterial, até os mais complexos, como os transplantes de órgãos, garantindo que a população consiga ter acesso gratuito, integral e universal.

Desse modo, o SUS faz da saúde um direito de todos, desde a gestação até os estágios finais e ofertam os serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

A organização da rede de serviços de saúde dos brasileiros estabelecida pelo SUS implica a inclusão do planejamento como um equipamento básico do serviço em saúde ao se considerar sua dimensão e alcance para toda a população.

O SUS está organizado para atuar em 03 (três) níveis de atenção do cuidado a partir de parâmetros determinados pela a organização política administrativa de sua constituição, a saber:

Nível de Atenção Básica - Porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, constituído para promoção, prevenção e reabilitação da saúde de toda a população e tem como principal rede de atenção às Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e o Programa Saúde da Família.

Nível de Atenção Secundário - comporta serviços especializados encontrados em hospitais, ambulatorios e centros e/ou unidades de atendimento que envolvem assistência em saúde para áreas de especialidades médicas. Neste nível de atenção são realizados exames mais avançados, e os profissionais de saúde são preparados para realizar tratamentos de complexidade média, como é o caso dos que envolvem doenças crônicas ou agudas.

Nível de Atenção Terciário - fornece atendimento de alta complexidade, sendo formado por hospitais de grande porte. Envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, transplantes e partos de alto risco.

As Unidades de Pronto Atendimento estão organizadas no SUS, no nível secundário de atenção à saúde, se constituindo como parte de uma rede regionalizada de atenção à saúde.

As UPA's se apresentam como unidades de média complexidade entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, com as quais compõem uma rede organizada de atenção às urgências, criada em 2002 e integradas à Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergência (PNAU) - Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. São unidades de saúde com Pronto Atendimento em regime de funcionamento 24 horas - os atendimentos são realizados independente dos pontos facultativos, feriados ou finais de semanas.

Conforme (SILVA, 2016, p. 10) “o Pronto Atendimento é considerado um serviço que exige atendimento médico imediato, por se tratar de situações que apresentam um risco potencial ou iminente de vida”. Segundo (BRASIL, 2019, p. 22) o pronto atendimento é a “unidade destinada a prestar, dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato”, se caracterizando assim, como o setor onde são realizados os primeiros atendimentos com pacientes que necessitam de ações ágeis e decisivas para um diagnóstico preciso. Portanto, as upas têm uma característica de trabalhar sob as demandas de urgências e emergências de saúde, dessa forma, os profissionais de saúde são desafiados a prestar atendimentos com preposição, rapidez e planejamento das ações de serviços de saúde, devido ao caráter imediatista das demandas que surgem em UPA's.

A implantação de UPA's exige o número de moradores de uma determinada região. Isso leva ao cálculo da área física necessária para o desenvolvimento da infraestrutura, bem como o número de leitos disponíveis para atendimento médico, conforme pode ser identificado na tabela 1.

Tabela 1 - Implantação do Número de UPA's

DEFINIÇÃO DOS PORTES APLICÁVEIS ÀS UPA 24h	POPULAÇÃO RECOMENDADA PARA A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA 24h	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS SALA DE URGÊNCIA
Porte I	50.000 A 100.000 HABITANTES	7 LEITOS	2 LEITOS
Porte II	100.001 A 200.000 HABITANTES	11 LEITOS	3 LEITOS
Porte II	200.001 A 300.000 HABITANTES	15 LEITOS	4 LEITOS

Fonte: Ministério da Saúde (2017)

O porte das UPAS irá definir o incentivo financeiro, ou seja, as unidades de tamanho maior recebem um investimento de custo mais elevado. Isso se deve ao fato de que instalações maiores demandam mais espaço físico e mobiliário, além de mais materiais e equipamentos.

As demandas que chegam a essas unidades variam desde as queixas de vômitos e dores de cabeça até casos mais complexos de lesões físicas ocasionados por acidentes domésticos, em trabalho ou no trânsito e os atendimentos são realizados de acordo com o risco de cada paciente. Dessa forma, médicos e enfermeiros coletam informações preliminares sobre a condição de saúde do paciente e atribuem a cada questão uma classificação de risco antes de abordar as necessidades do paciente. (ABBÊS; MASSARO, 2004).

O Serviço Social está inserido nos espaços de saúde, incluindo as UPAs, através da Resolução nº 218, de 06 de Março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Federal de Serviço Social e nº 383, de 29 de Março de 1999, na qual reconhecem o assistente social um profissional da saúde, entendendo que seu trabalho profissional contribui para promover direitos e reforçar a necessidade de consolidação dos princípios do SUS, através de sua atuação pautada no Código de Ética, buscando a efetivação da política de saúde de forma democrática em consonância com a proposta da Reforma Sanitária. (SANTOS,2020).

O documento elaborado em 2010 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde apontam que o assistente social no âmbito da saúde passou a trabalhar em 4 (quatro) grandes eixos da política de Saúde atendimento aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional. (CFESS, 2010, p.41).

É preciso ressaltar que, para a para viabilização de direitos da classe trabalhadora, se

faz necessário que o Assistente Social busque estratégias para fortalecimento do seu trabalho na área da saúde, tendo como norte o projeto Ético-Político Profissional vinculado ao projeto da Reforma Sanitária, e os instrumentais de trabalho do Serviço Social, incluindo o planejamento social no trabalho profissional

O SUS é uma conquista do povo brasileiro. As ações e serviços de saúde estão organizadas e planejadas em todo o território brasileiro para atender toda a população, desde suas necessidades básicas até as mais graves, sem distinção de classe econômica, social ou vínculo de trabalho. Dessa forma, se constituindo um dever do estado ofertar e garantir saúde para todos.

O planejamento do trabalho do Serviço Social deve ser considerado em todos os espaços ocupacionais de exercício da profissão pelos Assistentes Sociais, mas em cada um deles é preciso considerar suas particularidades que exigem habilidades específicas e criatividade nos instrumentais para que assim, se possa alcançar o objetivo proposto pelo projeto ético-político da profissão e o projeto da reforma sanitária brasileira em busca de uma transformação por uma sociedade igualitária, e de superação das relações sociais de exploração do capitalismo.

1.2 Metodologia da Pesquisa

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa de caráter descritivo exploratório que discute o planejamento como o foco da atuação do Serviço Social em rede de serviços de Saúde com vínculo às UPA's.

A pesquisa é realizada para discutir e analisar o planejamento como ferramenta de trabalho do Serviço Social em Unidades de Pronto Atendimento de Saúde.

Pesquisas de natureza descritivas têm como objetivo descrever o máximo possível sobre o assunto estudado apresentando características, conceitos, definições, etc. (GIL, 2002)

Segundo (GIL 2002, p.41) “as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses”. Possui, portanto, uma abordagem qualitativa, na qual, propõe-se a estudar fenômenos ocorridos na sociedade, com isso, apresenta um estudo amplo sobre o objeto de pesquisa.

Ademais, para o adensamento do estudo se utilizou a pesquisa documental, realizada a partir da leitura de documentos institucionais coletados de leis, diretrizes e portarias sobre o regulamento e funcionamento do SUS e da rede de atenção secundária à saúde.

A pesquisa bibliográfica foi incluída considerando reunir obras e produções de outros

autores que trataram o tema, permitindo ao pesquisador adquirir conhecimentos para a fundamentação teórica acerca do objeto estudado.

Quanto ao aspecto bibliográfico e documental, (GIL 2002, p.45) explica que a pesquisa bibliográfica é usada quando se pretende alcançar uma cobertura mais ampla do fenômeno a ser pesquisado, torna-se importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço.

A pesquisa documental, vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa, consiste em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, tais como associações científicas, igrejas, sindicatos, partidos políticos, cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins etc. (GIL 2002, p.45-46)

O estudo pretende fazer uso da pesquisa bibliográfica e documental considerando documentos extraídos da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e outras fontes de consultas selecionadas em revistas e artigos de cunho científico válidos e de acesso público e gratuito.

A literatura envolveu o levantamento de artigos que tratavam do planejamento do Serviço Social para atuação na Unidade de Pronto Atendimento (UPAs), em registros literários e relatos de experiências entre os anos de 2002 a 2022.

A análise dos dados coletados inclui a discussão do tema sob a ótica da literatura recomendada para o uso do planejamento e as recomendações documentais quanto ao planejamento para a categoria dos profissionais do Serviço Social e do trabalho em equipes de saúde.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral:

Pretende discutir a prática do planejamento como um instrumento para a atuação do Serviço Social na rede de serviços compreendendo como um potencializador de melhores resultados em UPA's."

1.3.2 Objetivo Específicos:

- Identificar o Serviço Social na organização do serviço de saúde do SUS e sua prática em UPA's;
- Discutir o planejamento como um instrumento do trabalho que melhora o fluxo

de atendimento às demandas que chegam para o Serviço Social;

- Analisar a prática do planejamento como um instrumento para a atuação do Serviço Social na rede de serviços.

1.4 Procedimento Metodológico da Pesquisa

Os dados foram selecionados e coletados para o desenvolvimento da pesquisa e se valeram das seguintes fontes de conhecimento utilizadas: a base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e a plataforma do Google Acadêmico.

A Análise dos dados considerou verificação dos documentos descritos em material selecionado de fontes do Ministério da saúde (MS), UNA-SUS, IBGE, Scielo e os dados bibliográficos foram retirados de fontes da revista Serviço Social e sociedade, Anais de encontros de assistentes sociais e banco de dissertações de Universidades e ou Instituições de Ensino Superior (IES).

Obtém-se para discussão e apresentação dos resultados a verificação do que se constituiu o SUS como uma rede de serviços de saúde e o planejamento na centralidade de sua disposição organizativa o que implicou salientar discutir o planejamento na centralidade dos serviços de saúde que são prestados por todas as redes do SUS e conseqüentemente, incluí-lo como um instrumento necessário para o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, no qual se tem o Serviço Social como um mediador desta condução na disponibilidade do serviço.

Foi realizada uma busca para reunir documentos pertinentes ao assunto por meio da busca, inicialmente foram rastreados 2.025 documentos, sendo que 45 foram encontrados na base de dados da Biblioteca Virtual de saúde (BVS); e os demais na base de dados da Scielo (45) e Google Acadêmico (1930).

Na Scielo foram aplicados os filtros: textos em português e a revista Serviço Social e Sociedade; no Google Acadêmico trabalhos desde 2021, por ordem de relevância e em português. Já na BVS não houve aplicação de filtros. Em seguida, foram selecionados os trabalhos científicos incluindo os seguintes critérios: publicações dos últimos 20 anos de Janeiro de 2002 a outubro de 2022, títulos, resumos e artigos disponibilizados na íntegra com os termos: planejamento e trabalho do Serviço Social em Unidades de Pronto Atendimento (UPAS); Serviço Social e saúde e Planejamento e Serviço Social

A revisão bibliográfica envolveu a narrativa da literatura publicada online sobre o planejamento no trabalho do Serviço Social em artigos científicos e vídeos instrucionais de

instituições de pesquisa, ensino, programas do governo federal e agências de fomento, revistas de veiculação nacional, especificamente consultadas as bases de dados de dados do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br>), da Fundação Oswaldo CRUZ FIOCRUZ(<https://news.un.or/tags/gestordecursos/hotsit/covid19>) e da Associação Brasileira de saúde Coletiva ABRASCO (www.abrasco.org.br) com documentos pesquisados de acesso público.

O procedimento metodológico trata de discutir sobre o objeto considerando os objetivos específicos traçados. Um desafio encontrado durante as buscas do material foi identificar, entre as pesquisas científicas publicadas, a abordagem do Serviço Social em Unidades de Pronto Atendimento e o planejamento como estratégia de trabalho do assistente social, apesar do grande quantitativo de material encontrado, poucos tratavam do assunto de forma associada

CAPÍTULO II - O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

2.1 Conceito e Ordenação Histórica

No planejamento é possível encontrar uma gama de definições, interpretações, métodos, técnicas, tipos de planejamento, importância e utilidade. No entanto, é preciso compreender o planejamento na história da sociedade, procurando evidenciar o surgimento, os principais conceitos, o desenvolvimento, bem como, abordar aspectos e temáticas do planejamento na área da saúde. Deste modo, primeiramente, é necessário conceitualizá-lo.

Para (TANCREDI, 1998, p.13) Planejamento significa não aceitar o imprevisto, é decidir onde se quer chegar; planejar é acreditar que o futuro pode ser construído, pois planejando estaremos transformando idéias em ação.

No entendimento de (CHIAVENATO, 2004 p. 209) planejar significa interpretar a missão organizacional e estabelecer os objetivos da organização, bem como os meios necessários para a realização desses objetivos com o máximo de eficácia e eficiência.

Levando em consideração a definição de Chorny *et al* (2008) planejar faz parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser e permite definir os caminhos para chegar lá. "Ou, dito de outra forma, planejar consiste em decidir com antecedência o que fazer para mudar as condições atuais, de modo a alcançar os objetivos que nos colocamos"

Dessa forma, em conformidade com Marcondes (2021) o planejamento tem como finalidades decisões mais assertivas e estudadas, prevenindo e minimizando fatores que podem ter um impacto negativo no alcance do objetivo e melhorar o aproveitamento das oportunidades existentes no cenário de ação. Incluindo o pensamento de Taveira (2009) o planejamento consiste em uma intervenção deliberada sobre a realidade (em alguma de suas dimensões) para transformá-la (ou conservá-la como está). O planejamento pode ser visualizado no início da civilização, a partir da forma como as pessoas se organizaram para enfrentar os fenômenos naturais, secas severas, invernos, falta de alimentos, o momento certo para a colheita e conservação de alimentos. Como tal, sempre se tratou de cálculo e previsão racional, vinculado ao ato de manutenção da vida humana (Teixeira, 2010).

Na saúde, o planejamento surgiu em decorrência da necessidade de enfrentar mudanças ocorridas nas condições de vida e saúde da população em diversos países, em cenários de crises, epidemias, necessidade de organização comercial e entre outros.

Nesta perspectiva, no Brasil, as campanhas de higienização sanitária proposta por

Oswaldo Cruz², as formas como eram elaborados programas de controle de epidemias e doenças no início do século XX, podem ser consideradas como atividades que já incluíam a prática do planejamento.

No entanto, ao mencionar sobre o surgimento da normatização do planejamento em saúde, é importante ressaltar dois grandes marcos: O primeiro, a elaboração do método CENDES-OPAS, o segundo, a elaboração do planejamento estratégico.

O CENDES-OPAS consiste em um método de planejamento em saúde que surgiu na América Latina na década de 1960, pela organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Centro de estudos de desenvolvimento da universidade central da Venezuela (CENDES), em que elaboraram um modelo de planejamento de saúde que ficou conhecido como (CENDES-OPAS). Neste método, o objetivo consiste em otimizar ganhos econômicos com a saúde, ou então, diminuir custos da atenção, sendo as escolhas de prioridades sempre feitas a partir do custo-benefício:

[...] o raciocínio básico do método é o da eficiência, evidenciando pela proposta de programação de recursos que consiste em um esforço de normatização econômica dos instrumentos (ou recursos nucleares) que realizam as atividades de saúde. esse processo normatizador visa a aumentar as atividades e, simultaneamente, reduzir os custos, neste último caso, por meio de uma atuação sobre a composição quantitativa dos instrumentos ou sobre a combinação de recursos que compõem os instrumentos. [...] (RIVERA, 2009,p.01)

É necessário fazer um diagnóstico, a partir deste, uma seleção de prioridades, ações e os recursos com o intuito de alcançar eficiência nas ações de saúde. No entanto, as decisões e estratégias eram realizadas apenas na visão de uma única lente, não considerando as possibilidades reais da realidade de cada instituição ou organização.

Entretanto, a partir da década de 1970 e 1980 surgiram outras formas de planejamento na saúde e o planejamento normativo perdeu sua relevância dando lugar ao planejamento estratégico. O planejamento estratégico foi elaborado por Mário Testa, na qual diz:

O propósito do processo de planejamento em saúde é de mudança social. Pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade. Intervir na construção da história. Pensar o planejamento como prática histórica. Discute, então, as estratégias de transformação social histórica (GIOVANELLA, 1990,p.02).

Dessa forma, a compreensão de planejamento segundo Maria Testa envolve analisar as condições sociais, territoriais de cada região ou organização. Finalizando que um bom planejamento em saúde se propõe a pensar na transformação social.

² Oswaldo Cruz foi um médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitaria brasileiro. Pioneiro no estudo das moléstias tropicais e da medicina experimental no Brasil, fundou em 1900 o Instituto o *Instituto Soroterápico Federal* no bairro de [Manguinhos](#), no [Rio de Janeiro](#), transformado em [Instituto Oswaldo Cruz](#), hoje a [Fundação Oswaldo Cruz](#), respeitada internacionalmente. FIOCRUZ, 2019,p.01)

No Brasil, o planejamento em saúde está inserido em todas as etapas de gestão do SUS, seja na elaboração de um planejamento sanitário urbano, nas campanhas de vacinação, no combate das epidemias endemias, na elaboração de planos anuais e semanais de saúde pública, etc. É fato que a necessidade do planejamento em saúde deve ser absorvida como rotina nos mais variados espaços de saúde pública para que as necessidades de saúde da população sejam respondidas.

2.2 O Planejamento em Saúde com a Criação do SUS

As práticas de planejamento no campo da saúde brasileira são compostas por um processo de organização conhecido como gestão do SUS. Todas as atividades e prestações de serviços de saúde do sistema são planejadas, coordenadas, dirigidas, e controladas por instituições sejam elas: governamentais, estaduais ou municipais. Toda e qualquer ação na área da saúde, fez ou faz parte de um planejamento, de uma necessidade ou problema. Partindo desse pressuposto, é necessário fazer um resgate sobre planejamento em saúde para entendimento da criação do SUS.

Ao buscar na história do Brasil as primeiras tentativas de organização ou planejamento em saúde, é inevitável não mencionar a vinda da família real portuguesa para o país em 1808. O cenário da época era um Brasil imerso em epidemias, a saber, a malária, varíola, febre amarela, peste bubônica entre outras doenças, situação que desagradava a nobreza, como também prejudicava o exercício comercial dos mesmo, visto que os navios do exterior não queriam atracar nos portos do Brasil.

Dessa forma, foi necessário organizar uma estrutura sanitária mínima capaz de receber e dar suporte à nobreza que se instalava no centro urbano do Rio de Janeiro, necessitando de uma cidade nos “moldes Europeu” (limpa e harmoniosa). Portanto, foram realizadas ações como: controle sanitário de navios e a saúde dos portos, limpeza da cidade, aberturas de boticas (uma espécie de farmácia), proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias; controle e observação das doenças e doentes, promovendo uma prática mais eficaz no controle das epidemias da época. (OLIVEIRA, 2012)

A política de saúde nesse período foi marcada por uma dupla trajetória, representada, por um lado, pela saúde pública, visando o controle de doenças específicas; e, por outro lado, por assistência médica de seguro social, baseada em estruturas corporativas e voltada para os trabalhadores do mercado urbano formal. Outras características do sistema de saúde até o

início dos anos 80, século XX incluíram: a exclusão de uma parcela significativa da população, modelo de atendimento ineficaz e a proeminência do setor privado subsidiado pelo Estado na prestação de serviços (CRAVEIRO, 2018).

A reforma da saúde pública da década de 1980, tendo como pano de fundo a redemocratização e a crise financeira, baseou-se na revisão crítica dessas características para construir uma proposta abrangente, incorporada à Constituição Federal de 1988. Apesar das incongruências no texto constitucional, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina a estabelecer um sistema universal de saúde naquela década, desenvolvido dentro de um conceito amplo de Seguridade Social e de caráter universalista, unindo as áreas de Seguro Social³ à Saúde (GÜTHS, et al., 2017).

Assistência social, que deveria ser financiada por receitas fiscais gerais e contribuições sociais. Os direitos assegurados pela Constituição e o processo de construção do SUS permitiram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo assistencial, ampliação do acesso aos serviços públicos e melhoria dos indicadores de saúde (DOS SANTOS, et al., 2017).

Na saúde, o planejamento é de fundamental importância para alcançar os objetivos com isso, a implementação do SUS foi frustrada por vários obstáculos. Na década de 1990, o domínio das políticas econômicas neoliberais e das agendas de reforma do Estado impôs restrições à lógica da Seguridade Social e à expansão de políticas sociais universais. A ascensão ao poder dos governos de esquerda a partir de 2003 gerou expectativas para a configuração de um modelo de desenvolvimento redistributivo, mas vários problemas com o sistema de saúde não foram enfrentados.

A proposta central é entender se a administração nacional da política durante esse período expressou transformações no papel do Estado, necessárias para a consolidação de um sistema de saúde público e universal. Portanto, um esforço tem sido feito para identificar aspectos de continuidade e mudança entre diferentes momentos, bem como para explorar contradições e fatores condicionantes da política (GÜTHS, et al., 2017).

A trajetória da política foi descrita com referência à literatura sobre análise de políticas públicas. A abordagem do institucionalismo histórico foi particularmente importante para

3 A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social. Art. 1º. (Brasil, 1991).

colocar em evidência as instituições do Estado, a ação dos atores políticos fundamentada em contextos institucionais e a dimensão temporal da política (SANTANA e NEVES, 2017).

O estado assumiu que a saúde expressa contradições estruturais inerentes à política social no sistema capitalista. Assim, é necessário considerar a inserção da política de saúde no modo de produção capitalista, bem como suas peculiaridades nos processos históricos das sociedades. Quanto aos fatores que influenciam a política, considerou-se que a determinação social consiste em um “processo complexo e inter-relacionado de limites e pressões”. A ideia de determinação inclui fixar limites que condicionam a agência (determinações negativas), mas também a existência de pressões, desejos e propósitos (determinações positivas) (DE CARVALHO et al., 2018).

Os processos sociais ocorrem sob certas condições, o que não significa leis fixas ou a impotência dos participantes. Argumenta-se que a política de saúde tem sido influenciada por diferentes condicionantes e projetos conflitantes, cuja interação explica as contradições observadas no período (CALAZANS, 2018).

Sendo assim, tudo e qualquer instituição surgem de uma determinada necessidade, os centros de saúde como por exemplo hospitais, clínicas, Unidades de Pronto Atendimento surgiram a partir de uma ação pensada e planejada, com o objetivo atender alguma demanda particular ou social. A exemplo da Unidades de Pronto Atendimento, a principal necessidade foi a criação de uma rede de urgência capaz de atender e dar suporte aos alto índice de demandas de urgência e emergência, que antes eram encaminhadas aos hospitais, superlotando-os. A emergência do Serviço Social nessas unidades está correlacionada com a questão do conceito de saúde, na qual consiste na sua amplitude (CRAVEIRO, 2018).

O serviço social em têm seu trabalho pautado para além da atuação na doença, na recuperação do corpo e a cura das doenças, atuando nas outras dimensões da vida, para além dos aspectos biológicos, que implicam no adoecimento e morte e, portanto, tem um papel profissional a desempenhar para a viabilização do direito à saúde e à vida.

As unidades de pronto atendimento foram implantadas a partir de 2007, inicialmente na região Sudeste, e 446 unidades de pronto atendimento estavam presentes em todas as regiões brasileiras em 2016. Atualmente, 620 unidades de pronto atendimento estão em construção, o que indica expectativa de expansão. O financiamento federal foi um forte impulsionador para a implementação. Os estados têm planejado suas unidades de pronto atendimento, mas a existência de negociação direta entre os municípios e a União tem

contribuído com o número significativo de unidades de pronto atendimento que foram construídas, mas que não funcionam (DE MORAES, 2022).

Em relação à rede de urgência, há tensão com o hospital pela falta de leitos no país, o que gera internações na unidade de pronto atendimento. A gestão das unidades de pronto atendimento é predominantemente municipal, sendo que a maioria das unidades de pronto atendimento estão localizadas fora das capitais e classificadas como porte III. Os principais desafios identificados foram: subfinanciamento e dificuldade de recrutamento de médicos. As UPA, principal componente fixo de urgência pré-hospitalar, são unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares. São classificados em três tamanhos diferentes, de acordo com a população atendida, a área física, o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade de atendimento (FREITAS, 2022).

As portarias editadas ao longo dos anos têm previsto UPA estrategicamente integradas às redes de atenção às urgências. A necessária convivência com o SAMU e a exigência de ampliação da cobertura da atenção primária à saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF) são condicionalidades que buscam fortalecer a visão de rede e impelem os gestores a investir em outros componentes da rede de urgência. É assim que se demarca a pretendida resolução da UPA, diferenciando-a das urgências precoces, produtoras de “consultas de urgência” pouco resolutivas (JACOBOVSKI; DE SOUZA AMARANTE, 2022).

Dessa forma, o planejamento em saúde se concretiza a partir das mudanças sócio-históricas de cada período. Se configurando como um instrumento que favorece a mediação dos interesses políticos e econômicos.

3.3 Planejamento do trabalho do Serviço Social no contexto da Pandemia da Covid-19 na saúde

A Covid-19 provocada pelo grupo de vírus do coronavírus SARS-CoV-2, surgiu em dezembro de 2019 em Wuhan, na China. A rápida disseminação da doença resultante da alta transmissibilidade viral, atinge o mundo em graus elevados de óbitos e casos graves de internamentos hospitalares pela doença. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo e rapidamente se espalhou por todos os estados do país. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o Covid-19 como um surto viral de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional elevado à Pandemia Global em 11 de março de 2020.

A doença é um vírus caracterizado como síndrome respiratória aguda grave, que se espalha rapidamente por gotículas de saliva, contato físico, fluidos provenientes da mucosa oral ou nasal, mãos em contato com o vírus e elevados a mucosa ou nariz são vias importantes de transmissão (FARIA, 2020). O vírus tem caráter sintomático respiratório semelhante a uma gripe de grau leve a moderado podendo evoluir para quadro viral semelhante a uma pneumonia grave com risco de morte (BARRETO, 2020). Os casos mais graves de manifestação da doença podem ser observados entre pessoas idosas com sessenta anos ou mais pela incidência de outros fatores de comorbidades que se associam entre estes, citam-se: obesidade, diabetes, cardiopatias, pressão alta entre outras.

A emergência, ocasionada pelo coronavírus SARS-CoV-2, obrigou o Ministério da Saúde junto a outros órgãos de estado a estabelecer medidas para responder o enfrentamento da covid-19, a saber: distanciamento social, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes, isolamento de casos suspeitos e confirmados e quarentena dos contatos dos casos de covid-19, conforme orientações médicas, fechamento de serviços considerados não essenciais como bares, restaurantes, igrejas, etc. (BRASIL, 2021).

Estas medidas de contenção do vírus da Covid-19 foram implementadas no Brasil de forma autônoma entre os municípios e governos dos estados, o que ficou visível a importância e a falta do planejamento de saúde para a contenção da onda de contaminações que sobrecarregou os hospitais públicos, prejudicou a economia e, conseqüentemente, as condições de vida das pessoas. (MATOS, 2020).

Os serviços de saúde foram compreendidos como serviço essencial na pandemia pelo decreto (nº 10.282, de 20 de março de 2020), nesse sentido, os/as assistentes sociais que trabalham nos hospitais e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) tiveram as demandas intensificadas.

O SUS contribuiu no acolhimento de pacientes infectados pelo novo coronavírus, mantendo-se como porta aberta em todos os níveis da rede de atenção à saúde. Dessa forma, os profissionais de saúde tiveram que se organizar (tendo suas rotinas alteradas) para atendimento do volumoso número de demandas da Covid-19 que chegava na rede de saúde do SUS, associadas com as demandas pré-existentes. Quanto a isso, Matos (2020) afirma que a pandemia prejudicou as demandas corriqueiras das unidades de saúde: “suspensão de cirurgias eletivas nos ambulatórios especializados e hospitais; “transformação” de leitos direcionados para os agravos decorrentes do COVID-19; suspensão de consultas

ambulatoriais de rotina para evitar aglomerações e etc.” (MATOS, 2020,p.02). Nessa reestruturação cada serviço de saúde estabeleceu suas prioridades de atendimento.

Na escolha das prioridades, os serviços de saúde precisavam criar uma forma de comunicação com a população. Ao nível dos serviços, em geral, para além do recurso aos meios de comunicação, sobretudo as redes sociais, é criado um espaço na recepção para informar sobre estas reestruturações em alguns espaços de saúde espalhados pelo Brasil. Neste tocante, o Serviço Social que, juntamente com outros profissionais de saúde, trabalhou na socialização de informações e orientações dos pacientes sobre a nova rotina que se instaurou nos serviços de saúde.

Os impactos da pandemia atingem diretamente e com maior intensidade as pessoas em situação de pobreza, e nesse sentido possui um recorte de classe, o/a assistente social é chamado/a para dar respostas profissionais de compromisso social, uma vez que ele é capacitado para intervir nas expressões da questão social através das políticas sociais (GUERRA, 1995).

Requisições e demandas foram impostas aos assistentes sociais na pandemia, a exemplo da atuação do Serviço Social em triagens clínicas de usuários/as com sintomas de contaminação por COVID-19 nos hospitais e demais unidades de saúde, a publicação do Protocolo “Manejo de corpos no contexto do, publicado pelo Ministério da Saúde, ao afirmar indevidamente que cabe à equipe de atenção psicossocial a comunicação do óbito a familiares e responsáveis (p. 6 do documento).

Em resposta ao desvio de funções que o grande fluxo de demandas e entre outras circunstâncias impôs ao assistente social na pandemia, o Conselho Federal Serviço Social (CFESS) emitiu notas, e regulamentos, sobre a descrição de como o trabalho do assistente social deveria ser na Pandemia da Covid-19, a saber:

- Orientações para os profissionais apresentar aos/às gestores/as e/ou chefias, estratégias e medidas para a devida reorganização do espaço profissional, de modo a possibilitar a prevenção de contaminação pelo coronavírus, e viabilizar o acesso aos serviços e atividades essenciais por parte da população. Para tanto, torna-se fundamental a (re)definição de fluxos e protocolos de atendimentos e ações destinadas ao atendimento das demandas dos/as usuários do Serviço Social. (CFESS,2020)
- Orientações sobre as intervenções coletivas como reuniões, palestras, oficinas entre outras sejam suspensas e/ou remarçadas oportunamente, para justamente evitar

situações de aglomeração e contágio. (CFESS,2020)

- Adiamento das visitas domiciliares, devendo planejar ações no domicílio em situações de urgência e violação de direitos, de modo planejado com demais órgãos. Como excepcionalidade na situação de urgência, é fundamental que as/os profissionais tenham equipamentos de segurança que evitem contágio. (CFESS,2020)

Dessa forma, a categoria de assistentes sociais teve o seu trabalho respaldado por orientações claras e contundentes sobre a organização do trabalho profissional do Serviço Social na pandemia da Covid-19, que foi realizado remotamente em algumas instituições, zelando, sobretudo, pela segurança dos profissionais e usuários.

O trabalho remoto ou em home office - é aquele onde os trabalhadores desenvolvem “a maior parte do trabalho na própria residência; fora, portanto, do escritório da empresa ou de qualquer outro tipo de ambiente físico profissional” (REGINA, 2008 p. 5 apud BARROS, 2020, p. 4). A pandemia da Covid-19 impôs esta modalidade de trabalho para os assistentes sociais, mesmo esta não sendo regulamentada pelo conjunto CFESS/ CRESS. Dessa forma, a organização do trabalho foi sendo realizado combinando momentos a distância como presenciais, em domicílio e na instituição.

Dessa forma, a pandemia trouxe inúmeros desafios para os setores públicos, sobretudo, os de saúde, considerados essenciais, que colocou em destaque a necessidade da organização do trabalho de todos os profissionais, incluindo, os/as assistentes sociais que tiveram suas demandas acentuadas pela alta demanda das necessidades sociais, intensificadas pelas desigualdades sociais provocadas pela Covid-19.

Como exposto, o desenvolvimento do trabalho do serviço Social não foi interrompido, pelo contrário, a pandemia exigiu mais do que nunca a atuação do profissional. Dessa forma, o uso da tecnologia, o home-office fez parte da reconfiguração do trabalho do Serviço Social no período e o planejamento das ações se tornou mais do que nunca importante.

CAPÍTULO III - O SERVIÇO SOCIAL EM REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS

3.1 O Planejamento e a Regulamentação da Profissão de Serviço Social

É consenso na literatura do Serviço Social sobre o caráter contraditório do Serviço Social e que envolve uma profissão socialmente determinada dentro de uma divisão sociotécnica do trabalho, cujo sujeito profissional exerce suas atividades por meio da inserção no mundo do trabalho assalariado, subordinada às relações de trabalho capitalistas. Sabe-se também que as determinações para o surgimento dessa profissão tiveram origem nas necessidades que emergem com o desenvolvimento do capitalismo monopolista, particularmente o quadro ideológico-político e institucional-prático, mobilizado para implementar mecanismos que visem o enfrentamento da questão social, por meio de a ação do Estado e de instituições privadas, via políticas sociais, projetos de intervenção social e movimentos sociais (BENTES; HONORATO, 2022).

Ao reconhecer a determinação social da profissão, a literatura da área trata sua natureza intervencionista como uma especialidade do Serviço Social, constatando que seu desenvolvimento histórico permitiu a construção de relativa autonomia teórica-metodológico-, ética-política e técnico-operativa, mediada pelo credenciamento do Estado, pela formação universitária e pelos mecanismos legais de regulação profissional (leis que regem a profissão, seu código de ética e conselhos profissionais), por meio de associações político-profissionais, que conferem reconhecimento público à profissão (DE BARROS, 2022).

Na síntese oferecida por Schmitz (2017, p. 2), Serviço Social e planejamento:

O planejamento envolve assim um conjunto de prioridades e de tomada de decisões a partir de determinada realidade tida como problemática, tendo em vista uma realidade desejada. Ele busca orientar um trabalho que não se restringe à improvisação, antecipa resultados, reduz incertezas, riscos, partindo sempre de determinadas intencionalidades, não se constituindo apenas em um processo técnico-administrativo, mas também ético-político, envolvendo tomada de decisões.

Nesse sentido, a profissão aos poucos passou a responder nos planos das práticas profissionais, da pesquisa e da formação profissional às demandas mediatas e imediatas que enfrentava, apreendendo novas e ricas mediações ao manusear objetos de intervenção e passando a dar-lhes o status de objetos. do conhecimento, o que contribuiu para sua inserção nas ciências humanas e sociais, além das ciências sociais aplicadas (BENTES; HONORATO, 2022).

O histórico do Brasil na ratificação de tratados apoia os valores do trabalho

social e sugere uma atitude nacional em relação aos direitos humanos que pode ser menos ambivalente do que o “excepcionalismo” pelo qual os EUA são famosos. A Constituição brasileira pós-ditadura (1988) consagra todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais enumerados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948).

É particularmente importante enfatizar que, ao contrário dos Estados Unidos, o Brasil garante constitucionalmente o acesso aos direitos sociais incluindo educação, saúde, trabalho, lazer, proteção à maternidade e à infância e assistência aos indigentes. Antes de pintar um quadro muito bonito da situação dos direitos humanos no Brasil, quero parar e esclarecer algumas coisas (DE BARROS, 2022).

Primeiro, o Brasil como nação tem um excelente histórico de ratificação de tratados de direitos humanos, mas ratificar um tratado e até mesmo incluir esses direitos na constituição e na lei nacional não oferece acesso imediato a esses direitos às populações pobres e desprivilegiadas. Em mais de uma ocasião, ouvi uma prestadora de serviços brasileira lamentar que os direitos de seus clientes “não saiam do papel”, ou seja, só existam no papel. Da mesma forma, ouvi vários brasileiros privilegiados rejeitarem os direitos humanos dizendo “direitos humanos são direitos de bandidos”, sugerindo que os esforços para expandir os direitos humanos ajudam apenas bandidos e assassinos e, assim, colocam pessoas boas em risco. Embora eu tenha ouvido de assistentes sociais brasileiros angústia sobre o acesso dos trabalhadores aos seus direitos humanos, nunca ouvi um assistente social depreciar a centralidade dos direitos humanos para a democracia no Brasil (BONIN; KRÜGER, 2015).

Com isso, o trabalho social brasileiro contemporâneo alardeia orgulhosamente os valores dos movimentos democráticos populares que derrubaram a ditadura (BUCCI, 2017). Muitos assistentes sociais fizeram parte desses movimentos e viveram aqueles anos, que acabaram por reorientar o trabalho social brasileiro para longe das preocupações pessoais e dos problemas políticos. Após a ditadura o trabalho social rejeitou os modelos de prática social brasileira que eles associavam aos Estados Unidos, e em vez disso muitos de seus colegas na América) abraçaram um processo de reconceituação ou reconceituação sulista (como o de reconceituação ou processo sulista, que rejeitava práticas que buscavam mudar os valores e comportamentos dos pobres (FERGUSON; LAVALETTE 2013).

A reconceituação convocou os assistentes sociais a adotar uma compreensão da pobreza como produzida por forças estruturais, especialmente pela economia capitalista global. Esse novo entendimento exigia respostas políticas e coletivistas aos problemas sociais. Assim, mesmo trabalhando com indivíduos, famílias e comunidades, os assistentes sociais brasileiros parecem se entender como solucionadores de problemas políticos e estruturais. Refletindo esses objetivos sociais mais amplos, eles geralmente adotam abordagens

coletivistas e políticas para problemas como abuso infantil, saúde materno-infantil, violência doméstica que tendemos a ver como preocupações individuais nos Estados Unidos (BUCCI, 2017).

O serviço social brasileiro agora se define como uma profissão crítica com raízes no marxismo, na teologia da libertação e na educação comunitária freiriana. Os direitos humanos são plenamente aceitos, “transformando o espaço de trabalho de cada assistente social em uma frente de batalha em defesa de direitos, progresso, respeito, democracia e razão” (FERRAZ e KRAICZYK, 2017). As vozes oficiais do serviço social brasileiro clamam por ações “em defesa da classe trabalhadora na construção de uma sociedade anticapitalista” (CFESS 2011:14). O Código de Ética (adotado em 1993) exige que os assistentes sociais sejam conhecedores dos direitos humanos, eduquem seus usuários de serviços sobre esses direitos e trabalhem ao lado desses usuários (usuários ou clientes do serviço) na busca desses direitos (CFESS 2011). O serviço social brasileiro está atento às forças estruturais, coletivista e comunitária em seus valores. O trabalho social brasileiro coloca os direitos humanos em primeiro plano.

A intervenção é uma especialidade do trabalho do assistente social, está diretamente relacionada com o fazer profissional. Portanto, para uma intervenção que resulte em respostas qualificadas o planejamento é de suma importância, pois planejar consiste em analisar a realidade social, definir os problemas e mostrar os caminhos para intervenção.

3.2 O Serviço Social e sua Atuação no SUS

Compreender a atuação do Serviço Social no Sistema Único de Saúde (SUS) exige desconstruir a história recente do sistema de saúde brasileiro. Isso envolve examinar a infraestrutura, planos e instituições atuais em comparação com seu estado passado. O sistema de saúde pública brasileiro encontrado atualmente de forma organizada e estruturada em redes de atenção à saúde, hierarquizado, regionalizado e de acesso universal, gratuito e igualitário compreendendo saúde para além da ausência de doenças foi fruto de um planejamento que se difundiu de uma herança política e social constituído pelo movimento da reforma sanitária (FERRAZ e KRAICZYK, 2017).

O movimento da reforma sanitária marcou as mudanças constitucionais. Segundo Paim (2018, p.173) centrada nos seguintes elementos

- a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b)

democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas

O sistema público de saúde do Brasil foi concebido na década de 1980 em meio a movimentos populares de democratização do Estado e políticas de garantia dos direitos humanos básicos. As precárias condições de saúde e as limitações de acesso da população à rede de serviços de saúde impulsionaram a pressão social por mudanças. Na época, o país passava por uma redemocratização que resultou na redação de uma nova Constituição, expressão das demandas populares. A promulgação da Constituição Federal de 1988 marcou o fim dos longos anos de regime militar e estimulou a criação de conselhos de políticas públicas, com maior participação popular (KRÜGER, 2010).

Além de discutir as condições de saúde no Brasil, a Conferência identificou a necessidade de criar mecanismos para incluir a população na elaboração e monitoramento da política de saúde nos municípios, estados e em todo o país. O SUS foi consagrado na Constituição e posteriormente regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990. Os princípios organizacionais do novo sistema de saúde eram baseados na participação comunitária, descentralização e hierarquização dos serviços de saúde (DE SANTANA RICARDO, 2019).

De acordo com a lei 8.142/90, que prevê a participação da comunidade na gestão do SUS, os conselhos de saúde tornaram-se obrigatórios e começaram a ser criados no Brasil no início da década de 1990. Os conselhos são órgãos legítimos de participação cidadã. Segundo dados do Sistema de Monitoramento de Conselhos de Saúde (SIACS), foram criados 5.631 conselhos de saúde em todos os municípios, estados e Brasília, Distrito Federal. Um fator crucial para a rápida disseminação desses conselhos foram os repasses financeiros do governo federal para estados e municípios vinculados à criação de conselhos de saúde e outros aspectos, como a criação de um fundo de saúde, um plano de saúde e um comitê desenvolver planos de carreira, cargos e salários para profissionais de saúde no SUS (CUNHA et al., 2019).

Sendo que as responsabilidades do assistente social na saúde pública, os profissionais do Serviço Social precisam superar o sentimento de subalternidade, ainda comum em muitos municípios brasileiros. É necessário que se posicionem. Já que as leis lhes garantem autonomia e poder de decisão para o exercício de seu trabalho. O papel do assistente social na saúde é determinante para melhorar o serviço de ambas as políticas públicas. Afinal, o processo saúde-doença é, antes de mais nada, uma definição social. E, apenas o profissional

do Serviço Social domina os fenômenos socioculturais e econômicos de seus usuários (MIGUEL, 2020).

Além disso, Castro (2021) descreve que a seguridade social significa a cobertura dessas três políticas, formando assim um sistema de proteção social. A saúde é garantida a todas as pessoas sem contribuições prévias, a previdência social depende de contribuições prévias e a assistência social é seletiva, pois garante o direito a quem dela necessita e combina direitos universais (saúde), direitos derivados do trabalho (previdência social) e direitos seletivos (assistência social). No entanto, esse quadro histórico ocorre em um contexto global de crise e reestruturação dos direitos sociais em uma perspectiva neoliberal, portanto, imediatamente após a aprovação da chamada Carta Cidadã, medidas dessa orientação começam a ser incorporadas.

O Serviço Social passou por um processo histórico no campo da caridade e filantropia, por meio das ações denominadas assistenciais, buscou-se amenizar a pobreza, ou melhor, a contenção das manifestações da questão social. Mesmo com os avanços, fundamentalmente no campo jurídico, ainda é necessário superar a cultura da ajuda e da filantropia. É um desafio para a política de assistência social consolidar-se no campo, um tanto árido no Brasil, dos direitos sociais, e efetivar-se sob os princípios constitucionais da democracia participativa e da descentralização. O art. família pode fazê-lo. Esse benefício foi regulamentado com o chamado Benefício de Prestação Continuada (BPC) por meio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde, as responsabilidades do assistente social na saúde pública são:

A partir do atendimento ao usuário, compreender sua situação e realizar o encaminhamento adequado; Informar e mobilizar o usuário acerca de seus direitos e de seu papel como cidadão. O conscientizando de que a Assistência Social não oferece favores, mas garante seu direito à proteção social; Facilitar o acesso aos serviços de saúde, cumprindo com a universalidade e a equidade dos direitos sociais dos usuários; Debater sobre a situação social do usuário/paciente com os profissionais de saúde; Participar, sempre que possível, de encontros interdisciplinares; Acompanhar e estimular o tratamento de saúde do usuário; Envolver os familiares e alertá-los sobre a importância de seu apoio no tratamento.

As possibilidades de intervenção profissional por meio de ferramentas técnicas operacionais podem ser o atendimento pessoal; coordenação de grupos de ação; encaminhamentos para redes; visitas institucionais para conhecer profissionais da rede; participação em espaços de controle social; atividades de educação em saúde, etc. No cerne da ação profissional não estão as estratégias instrumentais utilizadas, mas a intencionalidade dos

profissionais do serviço social para cada ação. Assim, os assistentes sociais inseridos na política pública de saúde, especialmente no SUS, sob a orientação de seu Projeto de Política Ética, intervêm no processo saúde-doença do usuário por meio da compreensão dos determinantes sociais, empoderando (BENTES; HONORATO, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi apresentar o planejamento enquanto ferramenta de trabalho para o Assistente Social. Evidentemente, não houve a intenção de esgotar esta análise, mas sim de iniciar um debate sobre as dificuldades deste tema no Serviço Social.

Dessa forma, ao passo que se deu início a construção deste trabalho de conclusão de curso, é notória a falta de publicações acerca do planejamento em Serviço Social e a carência de estudos sobre a atuação no Serviço Social em Unidades de pronto Atendimento, havendo pouca literatura de qualidade científica considerável, o que culminou em mais resultados acerca do sistema único de saúde do que artigos sobre o planejamento em Serviço Social, Portanto, a ausência de literatura interferiu nas respostas acerca do objetivos deste trabalho.

Diante disso, a pesquisa obteve êxito quanto às abordagens sobre o Sistema Único de Saúde, conseguindo discutir sobre o surgimento do SUS, tanto como sua regulamentação, importância e utilidade para o povo brasileiro, como sua organização em níveis de atenção

Também foi realizado um levantamento bibliográfico com autores que se identificam com o tema, fazendo uma comparação das diversas ideias por eles declaradas. Dessa forma, foi levantado um breve histórico sobre o início do planejamento e seus conceitos.

Evidencia-se, deste modo, que, os estudos científicos apresentados ao longo deste trabalho são frutos de pesquisas e leituras em publicações como artigos e livros, podendo evidenciar como limitação teórica acerca do planejamento como ferramenta de trabalho do assistente social principalmente, no que diz respeito ao trabalho do Serviço Social em UPa's. Todavia, apesar dessa dificuldade, os conhecimentos obtidos nas investigações foram suficientes para iniciar algumas reflexões relevantes para a sociedade e para as comunidades acadêmica e científica, provindo um trabalho que levanta questões de tratamento que interessam aos profissionais de Serviço Social e às pessoas que apresentam a alteração em questão.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, A.S. **Democracia é saúde. In: conferência nacional de saúde, 1986**, Brasília. Anais, Brasília: DF, 1986.p. 35-42
- BENTES, Suane Melo; HONORATO, Lorena Guimarães. **Serviço Social na saúde: Os parâmetros atribuídos aos assistentes sociais, uma referência a sua intervenção profissional**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 8, n. 6, p. 735-746, 2022.
- BONIN, Silvana; KRÜGER, Tânia Regina. **Planejamento e Serviço Social**. Sociedade em Debate, v. 21, n. 2, p. 63-83, 2015. BONIN; KRÜGER, 2015.
- BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social – **CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde - Versão Preliminar**. Brasília - DF, março/2009.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei 8080/90. Brasília, 1990.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. **Contribuição para a redução da judicialização da saúde: uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas**. Judicialização da saúde: a visão do Poder Executivo, 2017.
- BARRETO, Liliádia da Silva Oliveira. **COVID-19 E AS MEDIDAS DE SAÚDE RECOMENDADAS PELA OMS: Políticas de Saúde Pública Negligenciadas pelos Países em Cuidados de Saúde, Saúde Pública e na Força De Trabalho Em Saúde**. ANAIS do IX CONASS, p.234-250, 2020. Disponível em: https://www.conasss.com.br/docs/20210304anais_completo-final.pdf
- BRASIL, Secretaria do estado de Pernambuco: **Planejamento Social**, 2020.
- CALAZANS, Gabriela Junqueira. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- CARVALHO, Suzana Costa et al. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, p. 744-754, 2015.
- CASTRO, Giovanna Oliveira de. **Instrumentalidade e Serviço Social: reflexões em torno da atuação na Clínica Médica no HUGOL**. 2021.
- CFESS (org.) **parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: 2010
- CUNHA, Ana Cláudia Gusmão et al. Política de saúde e serviço social: a interseção do SUS com a atuação profissional. **SEMOC-Semana de Mobilização Científica-Alteridade**,

Direitos Fundamentais e Educação, 2018.

DE BARROS, Adriana Alice Gomes. **O SERVIÇO SOCIAL E AS PARTICULARIDADES DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE ANTÔNIO PRADO DE MINAS-MG**, 2022.

CHIAVENATO, Idalberto. (2006). *Princípios da administração: o essencial em teoria geral da administração*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier.

DE CARVALHO, Mateus Dantas et al. Políticas Públicas: Dever do Estado ou Ineficácia dos Direitos Sociais?. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 18, 2018.

DE MORAES, Marina Guimarães Matola et al. Descaracterização de atendimentos nas UPA: revisão integrativa. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1-18, 2022.

De SANTANA RICARDO. Kellyane. A atuação do Serviço Social no processo de trabalho na saúde e o processo transsexualizador no sus: Interloquções com a Experiencia do Espaço Trans.Hospital das clínicas UFPE. *Revista Serviço Social em Perspectiva* v. 3, n. 1, p. 61-80, 2019.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2017.

FREITAS, Brenda Meinschein et al. **Avaliação da referência e contrarreferência na UPA Norte sob a perspectiva dos profissionais**. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa/ 4ª edição**. Editora Atlas. São Paulo/SP, 2002

GUIMARÃES, Raphael Mendonça et al. **A TRANSIÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCERES NO BRASIL E A TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER**. *Revista de Políticas Públicas*, v. 20, n. 1, p. 33-50, 2016.

GÜTHS, Jucélia Fátima da Silva et al. Sociodemographic profile, family aspects, perception of health, functional capacity and depression in institutionalized elderly persons from the north coastal region of Rio Grande do Sul, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017.

JACOBOVSKI, Renata; DE SOUZA AMARANTE, Lidiane Cíntia. **Estratégias de enfrentamento à pandemia de Covid-19 em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA): um relato de experiência de profissionais da enfermagem no Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies, v. 3, n. 5, p. 287-297, 2022.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Serviço Social e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 123-145, 2010.

LIMA SOBRINHO, Jodeylson Islony de. **A instrumentalidade do Serviço Social nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA'S)**. In: 16° CBAS, 2019, Brasília. 40 anos da "virada" do Serviço Social

MAXIMIANO, Antonio Cesar A. **Introdução à Administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas. MONTANA, Patrick J. e CHARNOV, Bruce H. **Administração**. 3. ed. São Paulo : Saraiva.

MIGUEL, Tainá da Silva. **Dois Projetos e um desafio: a atuação do Serviço Social na efetivação do direito à saúde na pandemia**. 2022.

MIOTO, Regina Célia T.; NOGUEIRA, Vera Maria R. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L; TEIXEIRA, M. (Organizadoras) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 200

OLIVEIRA, nericia Regina de Carvalho. **redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizadas em redes**. são luiz: edufma, 2016

SANTANA, Franciele Ariene Lopes; NEVES, Ilidio Roda. Occupational health education: health management of Brazilian public school teachers. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 786-797, 2017.

TANCREDI, Francisco Bernardini, Barrios, Susana Rosa Lopez, e Ferreira, José Henrique Germann, **"Planejamento em saúde," e-Coleções FSP/USP,**