FACULDADE DO BAIXO PARNAÍBA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

RHAZNA THEREZA PONTES DOS SANTOS
ROMÁRIO PONTES DOS SANTOS

A ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO-TFD: uma análise no município de Chapadinha - MA

Chapadinha- MA
2019

RHAZNA THEREZA PONTES DOS SANTOS
ROMÁRIO PONTES DOS SANTOS

A ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO-TFD: uma análise no município de Chapadinha - MA

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Faculdade do Baixo Parnaíba para obtenção do título Bacharel em Serviço Social.

Orientadora:Profª.Luanne Silva Reis

Chapadinha - MA

2019

S237a

Santos, Rhazna Thereza Pontes dos.

A atuação do(a) assistente social no Programa de Tratamento Fora de Domicílio-TFD: uma análise no município de Chapadinha-MA / Rhazna Thereza Pontes dos Santos, Romário Pontes dos Santos. - 2019.

63 f. : il.

Orientadora: Profª. Luanne Silva Reis.

Monografia (Graduação) – Curso de Serviço Social, Faculdade do Baixo Parnaíba, Chapadinha, 2019.

1. Assistente social-atuação profissional. 2. Tratamento Fora de Domicílio-TFD. 3. Política de saúde. I. Santos, Romário Pontes dos. II. Reis, Luanne Silva (Orientadora). III. Título.

CDU 364.022(812.1)

Elaborada por Anilde Silva Carvalho – CRB-13/691

RHAZNA THEREZA PONTES DOS SANTOS
ROMÁRIO PONTES DOS SANTOS

A ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO-TFD: uma análise no município de Chapadinha - MA

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Faculdade do Baixo Parnaíba para obtenção do título Bacharel em Serviço Social.

Orientadora:Profª.Luanne Silva Reis

Aprovada em ___/___/___
Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª. Luanne Silva Reis (Orientadora).
Faculdade do Baixo Parnaíba- FAP

_____
Profª. Esp. Emmanuelle Patrícia Feitosa Nascimento
1º EXAMINADOR(A)

_____
Profº. Msc. Ádilo Lages Vieira Passos
2º EXAMINADOR(A)

Dedicamos este trabalho somente a Deus, pois, sem a fé depositada n'Ele não teríamos o incentivo e a felicidade de conquistar esse sonho ao lado de quem mais amamos, nossos pais, irmãos, familiares e amigos fieis que conhecemos ao longo desta mesma jornada.

AGRADECIMENTOS

O agradecimento primordial com certeza é direcionado a Deus, pois, sem seu amparo nada seria possível, nem a concretização desse sonho, através da fé depositada nele conseguimos enfrentar um conjunto de situações ao longo desta caminhada na faculdade, e hoje estamos aqui redigindo nossos agradecimentos, por cada lição tirada, a cada conhecimento novo conquistado e ao amadurecimento individual que esse percurso nos proporcionou é tudo graças a Ele.

E para reforçar seu amor por nós, nos fortaleceram ricamente todos os dias com o incentivo e apoio dos nossos pais, nosso irmão, primos, aos nossos tios e tias, cunhadas, enfim, todo nosso núcleo família. Também agradecemos a coordenadora do Curso, a nossa orientadora e a todos os professores que nos ajudaram a evoluir.

Por último, mas de grande importância ao nosso crescimento acadêmico, aos amigos que a faculdade nos proporcionou, em especial a Nágila, Karollynne, Ana Karolynne e José Ayrton, o gostar foi imediato, a partir desse grupo foi possível compartilhar maravilhosas experiências, pois mesmo em cada trabalho e dificuldades apresentadas sempre tentávamos fazer o melhor de forma conjunta. A turma em si, se tornou uma grande família.

Penso que a fé é a extensão do espírito.
É a chave que abre a porta do impossível.

Charles Chaplin

RESUMO

O presente trabalho propõe-se analisar a atuação do (a) assistente social no programa de Tratamento Fora de domicílio-TFD no município de Chapadinha/MA, bem como identificar as possibilidades e desafios no processo de trabalho dos (as) assistentes sociais do TFD no acesso à política de saúde. Para tal, utilizou-se pesquisa bibliográfica e de campo no TFD do munícipio de Chapadinha. Fez-se um breve resgate sobre a história do Sistema Único de Saúde e o Serviço Social na saúde, com vista a compreendê-lo enquanto política pública, bem como as atribuições e competências do assistente social no campo da saúde. Fez-se ainda uma configuração do TFD incluído na Política de Saúde e como este se organiza em cada ente federado, qual sua função no contexto do Sistema Único de Saúde- SUS. Conclui-se que o Serviço Social tem conquistado um amplo espaço no exercício profissional na área da Saúde e em meio aos desafios existentes no Sistema Único, tem desenvolvido suas atribuições e competências buscando possibilitar a efetivação dos direitos dos usuários do sistema de saúde. Enfatiza-se que o profissional do Serviço Social revela sua importância no sistema de saúde, contudo, enfrenta desafios no que condiz a viabilização dos direitos dos usuários da saúde diante de um Estado neoliberal focalizado e seletivo, e da precarização dos serviços de saúde, sobretudo no munícipio de Chapadinha.

Palavras-Chave: Serviço Social. Saúde. TDF.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the role of the social worker in the Out-of-home Treatment (PDT) program in the municipality of Chapadinha / MA, as well as to identify the possibilities and challenges in the work process of PDT social workers access to health policy. For this, we used field and bibliographic research in the TFD of the Municipality of Chapadinha. A brief rescue was made on the history of the Unified Health System and Social Work in health, with a view to understanding it as a public policy, as well as the attributions and competencies of the social worker in the field of health. A PDT configuration was included in the Health Policy and how it is organized in each federated entity, what its function in the context of the Unified Health System - SUS. It is concluded that the Social Work has gained a wide space in the professional practice in the area of Health and in the midst of the challenges in the Unified System, it has developed its attributions and competences seeking to make possible the realization of the rights of the users of the health system. It is emphasized that the Social Work professional reveals its importance in the health system, however, it faces challenges in what concerns the viability of health users' rights in the face of a focused and selective neoliberal state, and the precariousness of health services, especially in the town of Chapadinha.

Keywords: Social Work. Health. SUS. PTO

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resultados de pesquisa quantitativa do Estado da Arte para o período de 2013-2018. 17
Quadro 2: Trabalhos relacionados ao objeto de estudo 18

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Sistema Piramidal 30

LISTA DE SIGLAS

BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Cosems -Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

LOS - Lei Orgânica da Saúde

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAS - Supervisão de Assitência Social

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDF- Tratamento Fora do Domicilio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

2 ESTADO DA ARTE 16

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL 21

3.1 Uma breve configuração da política de saúde 21

3.2 O Serviço Social e sua inserção na saúde 32

3.3 Atribuições e Competências do Assistente Social na Política de Saúde 37

3.4 O Tratamento Fora do Domicílio-TFD 42

3.5 O TFD no munícipio de Chapadinha - MA 44

4 METODOLOGIA 47

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES 50

5.1 O ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMÍCILIO – TFD NO MUNÍCIPIO DE CHAPADINHA – MA 50

5.1.1 O trabalho do Assistente Social no programa de TFD em Chapadinha – MA 52

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 57

REFERÊNCIAS 59

APÊNDICES 62

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema a atuação do (a) assistente social no programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

O interesse pela temática provém de inquietação pessoal e por ter tido casos de pessoas da família que necessitaram do sistema de saúde, inclusive do TFD, e encontram dificuldades em seu acesso. Importa destacar que o TFD, possibilita o custeio dos serviços de saúde a pessoas que necessitam se deslocar para outro município por não haver tratamento no município de origem. Justifica-se ainda pela experiência em estágio curricular no TFD de Chapadinha- MA, momento em que se pode conhecer a dinâmica do trabalho do assistente social enquanto mediador na garantia dos serviços de saúde.

É importante destacar que o TFD foi estabelecido como forma de abranger e garantir o direito dos cidadãos, instituído por meio da portaria nº 55/1999 da Secretária de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde). O programa oferece tratamento médico a pessoas com doenças não tratáveis no município de origem, especialidades que não existem na localidade, por meio do custeio da viagem, incluindo passagem, local de acomodação e alimentação.

O programa é organizado seguindo o direcionamento do SUS, no entanto, cada estado ou município é responsável por deliberar como o programa deve funcionar. Para o acesso do serviço é necessário que o usuário esteja cadastrado no TFD, por meio do cartão do SUS. No município de Chapadinha, o programa é regido pela portaria nacional nº 55.

O TFD permite o fluxo de pacientes que precisam de assistência médico hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta ou média complexidade, onde os encaminhamentos são realizados e mediados por cada munícipio. Assim, para o funcionamento do programa e sua operacionalização são demandados vários profissionais, dentre eles o assistente social.

Desse modo, o trabalho do assistente social no TFD se apresenta de fundamental importância na viabilização dos direitos da população que utiliza dos serviços de saúde. Levando em consideração que a ampliação do direito a saúde no país foi a partir da Constituição Federal de 1988, mudando de seu caráter contributivo para universalista, dando incumbência ao Estado a responsabilidade

pela implementação de políticas públicas nos diversos âmbitos, sobretudo, na saúde.

O trabalho mostra-se relevante por considerar que o direito à saúde é imprescindível para todos. Desse modo, para sua efetivação são necessárias estratégias visando à garantia de direitos por parte da população usuária, considerando que o direito à saúde é algo bem complexo, visto que se trata de um conjunto de políticas sociais e econômicas, as quais dispõem de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

É neste contexto, que para a efetivação destes serviços, permanece em evidência o trabalho coletivo em saúde, e o assistente social se torna uma intervenção essencial na viabilização do direito à saúde.

Nessa contenda, o presente trabalho teve como objetivo geral analisar a atuação do (a) assistente social no programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), bem como identificar os limites e possibilidades no processo de trabalho dos (as) assistentes sociais no TFD no acesso à política de saúde.

O estudo está sistematizado e estruturado em capítulos. Inicialmente se apresenta a introdução onde está situado o objeto de estudo, a motivação para a pesquisa, objetivo, metodologia e o método para sua construção.

O primeiro capítulo se apresenta o Estado da Arte cuja base de dados foi Scielo, CAPES e BDTD, das quais foi feito um levantamento de materiais já produzidos sobre a temática do objeto de estudo.

No segundo capítulo, fez-se um resgate histórico acerca do Sistema Único da Saúde, e o Serviço Social, bem como a inserção do serviço social na área da saúde, demonstrando suas atribuições e competências na política de saúde.

No terceiro capítulo, apresenta-se o TFD, como ele se regulamenta no município de Chapadinha - MA, e ainda como o assistente social do TFD de Chapadinha desenvolve seu trabalho com vista à efetivação dos direitos dos usuários do serviço de saúde no município.

2 ESTADO DA ARTE

O estado da arte é uma metodologia utilizada na elaboração de pesquisas que são realizadas por meio de revisões bibliográficas acerca das produções de uma determinada temática. Para Soares (2000), o levantamento bibliográfico é importante, pois através dele é possível conhecer a evolução de um determinado objeto de estudo no meio científico, através da organização periódica que se faz de um conjunto de informações do objeto já estudado; ordenação “que permita indicação das possibilidades de integração de diferentes perspectivas, aparentemente autônomas, a identificação de duplicações ou contradições, e a determinação de lacunas e vieses”. (SOARES, 2000, p. 03)

Assim, o estado da arte facilita no processo de conhecimento sobre o objeto de estudo, nas diferentes produções, seja ela uma monografia, publicação ou teses, pois possibilita que se encontre uma gama de conhecimento já produzido sobre determinada temática. Dessa forma, o objetivo não se limita a escrever ou complementar um específico projeto, mas analisar as que já existem produzidas no âmbito acadêmico.

Em relação ao estado da arte, Ferreira (2002) denomina o estado da arte como um estado de conhecimento, pois é nele que é feito um mapeamento sobre determinado objeto de estudo nas diferentes áreas de conhecimento, com a finalidade de possibilitar ao pesquisador perceber como a temática evoluiu e foi tratada nos diferentes contextos históricos.

Reconhecendo assim, a importância do levantamento bibliográfico na produção de conhecimento, o presente trabalho fez um mapeamento através da base de dados da Scielo, CAPES e BDTD, através dos seus respectivos sites. Foram considerados apenas as produções no recorte temporal dos últimos 5 anos (2013 a 2018) que estivessem no seu corpus da investigação relação com o objeto de estudo deste trabalho.

A busca na base de dados eletrônica foi realizada utilizando as seguintes palavras-chave: Tratamento Fora do Domicilio, Serviço de Saúde e o TFD e Assistente Social na saúde.

O levantamento realizado congregou um conjunto de trabalhos dentre artigos, dissertações e teses a partir das palavras-chave, na qual se encontrou mais de 2.686 produções.

Quadro 1: Resultados de pesquisa quantitativa do Estado da Arte para o período de 2013-2018.

Palavra-chave. Fonte: Scielo 2013 a 2018	**Quantidades**
Tratamento Fora do Domicilio	76
Serviço de Saúde e o TFD	129
Assistente Social na saúde	879
Palavra-chave. Fonte: CAPES 2013 a 2018	**Quantidades**
Tratamento Fora do Domicilio	309
Serviço de Saúde e o TFD	96
Assistente Social no TFD	931
Palavra-chave. Fonte: Biblioteca Digital de Teses - BDBT 2013 a 2018	**Quantidades**
Tratamento Fora do Domicilio	245
Serviço de Saúde e o TFD	15
Assistente Social no TFD	06

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

A quantidade de resultados demonstra o crescente número de produções referente à temática do programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) nas mais variadas áreas de produção do conhecimento. É importante ressaltar que o SciELO - Scientific Electronic Library Online, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES e a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), servem como importantes instrumentos de pesquisa de acervo virtual, que disponibilizam para seus usuários um conjunto de trabalhos científicos como artigos, dissertações e teses já existentes nos diversos campos do conhecimento. Neste trabalho, o levantamento bibliográfico por meio da Scielo, Capes e BDTB, foram de fundamental importância para a sua constituição.

Em relação às produções encontradas as quais se relacionam ao objeto deste trabalho referente à temática programa de Atendimento Fora do Domicílio e o Serviço Social, destaca-se 5 (cinco) produções que contemplavam o objeto de estudo, pesquisadas no período entre 2013 a 2018, conforme quadro 2.

Quadro 2: Trabalhos relacionados ao objeto de estudo.

TITULO	AUTOR	NATUREZA	FONTE	QUANTIDADE DE TRABALHOS
Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma análise dos serviços prestados no município de Petrolina-PE.	SÁ, Elanuza Gracielly Lira et al	Artigo	Scielo	1
Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde.	FILHO, Roberto Moreira Silveira et al.	Artigo	Scielo	1
O Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí	AZEVÊDO, S. R.	Artigo	CAPES	1
A Atuação do Assistente Social no Acolhimento ao Paciente Oncológico.	SILVA, Dulciléia Martins da et al	Artigo	Scielo	1
O cotidiano do trabalho do assistente social na casa de apoio UNIFESP/CACAU	ROSA, Lara Teresinha R.	Dissertação	BDBT	1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

Diante das produções acima relacionadas a temática do programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), o estudo de Sá et al (2016), aborda a qualidade dos serviços prestados nos municípios aos usuários do TFD. Para tanto, a autora caracteriza o programa TFD instituído pelo SUS através Portaria nº 55 do Ministério da Saúde como “responsável por custear o tratamento de vários tipos de doenças, que não podem ser tratados na localidade que o paciente residir e que não tem condições de arcar com as suas despesas” (SÁ et al, 2016, p. 2). O programa oferece auxílio a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e condições para deslocamento, alojamento e estabilidade aos usuários da saúde e de seu acompanhante, quando solicitado por médico do SUS.

Sá et al (2016), traça ainda o perfil dos usuários do TFD bem como os limites do programa, enfatiza que apesar de ser direito regulamentado pelo SUS, é necessário avançar em relação a ajuda de custo, instalações e pela demora no

atendimento. A pesquisa da autora identificou ainda que o baixo quantitativo de funcionários é um problema encontrado pelos usuários do TFD, fato que poderia ser mais bem visto pelos municípios, pois é função do Estado disponibilizar serviços públicos de qualidade.

Filho et al (2016), enfatiza que os desafios ocorridos em serviços de saúde são decorrentes da fragmentação da assistência e a dificuldade para ofertar cuidado integral à saúde do Estado. Para o autor é necessário constituir um território regional coeso e de cooperação entre municípios visando a oferta de um serviço de cooperação, fortalecimento e qualidade.

Azevedo (2016, p. 402), afirma que o programa TFD enquanto constituinte do SUS é um instrumento que "visa tornar possível o tratamento aos usuários do sistema de saúde que possuem enfermidades não tratáveis em seu município de origem", por meio de custeio de passagens e diárias.

Assim, o TFD possibilita a universalização do acesso aos serviços de saúde e sua possível efetivação. A pesquisa apontou para um desempenho ineficiente, necessitando de uma melhor operacionalização do programa a fim de se apresentar como instrumento de cidadania e inclusão social. (AZEVEDO, 2016).

O TFD, nesse contexto, torna-se indispensável para as pessoas que não possuem condições financeiras para se deslocarem dos municípios que residem,

> [...] em razão de não encontrarem mais ali, possibilidades para o tratamento adequado do qual necessitam para a conservação ou promoção de sua saúde. Visto dessa forma, não é difícil perceber que o TFD, em muitos casos, pode significar até mesmo a sobrevivência de muitos cidadãos. (AZEVEDO, 2016, p. 403).

Silva et al (2017), ressalta que a fim de garantir esse direito, um dos profissionais que mediam o TFD é o assistente social, contribuindo na viabilização do acesso aos usuários do serviço de saúde através do SUS.

Assim, a intervenção do Serviço Social proporciona o acolhimento, atendimento e acompanhamento social e, a partir daí, identifica os problemas que possam vir a comprometer o tratamento e afetar a vida do usuário e de seus familiares. A intervenção do profissional de Serviço Social é de fundamental importância na colaboração da continuidade do tratamento dos usuários da saúde.

A pesquisa de Rosa (2016, p. 45), também ressalta a importância do assistente social no TFD, fazendo uma reflexão do cotidiano dos usuários deste programa. Para a autora o trabalho do assistente social no programa é um "processo

desafiador”, por estar inserido em um espaço de mediações éticas e políticas que, apesar dos múltiplos desafios visam a garantia e atenção a uma “saúde de qualidade e o empoderamento emancipatório na luta por uma saúde pública de acesso universal, integral e igualitária”.

Para Rosa (2016) a portaria nº 55 do Ministério da Saúde que normatiza o TFD, determina que o programa deva ser acionado somente após o esgotamento dos procedimentos de saúde dentro do território de abrangência em que se encontra o paciente, visando intermediar o deslocamento deste para outra localidade, em que as despesas referentes ao trajeto e ajuda de custo são providas através do TFD.

A autora pontua ainda, que o TFD é burocratizado, revelando a própria precariedade da política de saúde no país, que se apresenta como de “caráter excludente e seletivo no acesso aos serviços e benefícios do SUS no que tange aos caminhos territoriais”. (ROSA, 2016, p. 45).

Para Rosa (2016), o TFD na política da saúde da forma em que está inserido, em uma perspectiva neoliberal, apresenta-se como um declínio do SUS, pois se revela como componente que representa o desmonte dos direitos sociais. Levando em consideração que este programa é acionado quando o próprio território em que o paciente está inserido não consegue dar resposta aos diversos serviços de saúde.

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL

O presente capítulo tem como objetivo fazer breve configuração histórica da política de saúde no Brasil, visto que se trata de política pública que dispõe de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como demostra ainda, a política de saúde como um campo de intervenção do Assistente Social, problematizando, as competências e atribuições profissionais, e os desafios de sua inserção na área da saúde.

Destaca-se ainda, o profissional de Serviço Social na intervenção sistematizada e planejada da saúde, diante dos inúmeros entraves, que acabam por retardar a efetivação do direito à saúde. Levando em conta os assistentes sociais, que para Vasconcelos (2007, p. 29), “só podem captar o movimento, o sentido e o significado da prática profissional, buscando-os nos movimentos históricos da realidade social, do qual o Serviço Social é parte e expressão”.

3.1 Uma breve configuração da política de saúde

A história da saúde pública brasileira inicia a partir de 1808, marcada pela chegada da corte portuguesa e a abertura dos portos brasileiros as nações amigas. Além, de estabelecerem mudanças nas questões de saneamento, combate às doenças e sobre o exercício profissional na área da saúde o Almanaque de Vigilância Sanitária (2007, p. 06), destaca que “é considerado o momento em que a vigilância sanitária finalmente se estabeleceu no Brasil [...]. Inicia-se o controle dos navios; das tripulações e dos passageiros que chegavam a terras brasileiras”.

Já no processo de industrialização as pessoas que dispunham de recursos eram atendidas por profissionais liberais, contudo, para grande parte da população restava o atendimento pelas instituições assistencialistas e filantrópicas. “Pode-se afirmar que até a década de 1920 essa assistência era prestada nos consultórios para aqueles que podiam pagar por esses serviços; nas Santas Casas e similares, para os pobres”. (MATOS, 2013, p. 46).

Nesse contexto, Bravo (2007) enfatiza que a Lei Eloy Chaves em 1923, com o início da medicina previdenciária, conferiu legalidade aos trabalhadores ferroviários, que visavam por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) o atendimento garantindo pensão, aposentadoria e assistência médica aos

trabalhadores. No entanto, a saúde pública, por sua vez, teve ênfase nas campanhas sanitárias, na interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e com a criação de serviços de combate às endemias.

A autora destaca que as CAPs se transformaram nos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs e ampliaram a participação das categorias profissionais, entre eles, bancários, marítimos e comerciários, contudo, ocorreu a redução da oferta de serviços.

Vasconcelos (2007) ressalta que a assistência à saúde mantém estreita vinculação com as atividades previdenciárias, pois, a assistência médica individual, a partir de 1930, era garantida pelos IAPs aos trabalhadores contribuintes, com uma rede de serviços em resposta às necessidades e reivindicações dos trabalhadores. Nessa mesma direção, Matos (2013, p. 48), afirma que,

> A partir da segunda metade da década de 1940, e, sobretudo na década seguinte, há, a partir desse período, em virtude do avanço da indústria na saúde, uma maior dependência da tecnologia por parte do médico. Paralelamente, vai se consolidando no Brasil uma associação entre assistência médica e Previdência Social que se aperfeiçoa com a unificação dos IAPs no INPS, em 1966, na ditadura militar. Conforme tratado por diferentes analistas, na ditadura há uma piora das condições de vida dos brasileiros – e a categoria dos médicos não ficou imune a isso. Durante as décadas de 1960 e 70 há um longo debate na corporação médica sobre o assalariamento.

A autora faz ainda uma referência à saúde pública a partir de 1945:

> A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. (MOTA, 2006, p. 92).

No pós-1964, destaca-se o crescente papel do Estado na intervenção da questão social por meio do binômio repressão-assistência, “burocratizando e modernizando a máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, de reduzir as tensões sociais e de conseguir legitimidade para o regime”. (BRAVO, 2007, p. 27).

Neste momento, as ações na área da saúde tinham ênfase na prática médica curativa e somente a partir da década de 1980, diferentes sujeitos coletivos começam a fomentar a discussão acerca da universalização do acesso à saúde. Matos (2013, p. 102), enfatiza que,

> Nela, o projeto da reforma sanitária tem a sua origem na negação da política de saúde historicamente tratada no país e agravada na ditadura militar. Nas suas origens, há duas grandes características, que são uma inovadora concepção de saúde (entendida como acesso a serviços e bens disponíveis na sociedade brasileira, mas usufruída por uma minoria) e a constituição de um serviço público e estatal (a partir da concepção de saúde acima esboçada), com acesso universal.

O apogeu desta discussão se deu em março de 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília – DF, através do Movimento Sanitário que para Bravo (2007, p. 02), "consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública", o movimento contou com a participação de entidades da sociedade civil, sindicatos, partidos políticos, entre outros. A Conferência serviu de base para formulação da Constituição Federal de 1988, esta que se diferenciou das demais Constituições, pois, assegurou direitos individuais e sociais, permitindo realizar uma sistematização da Política de Saúde.

A discussão foi marcada pela presença de dois blocos antagônicos, um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação das Indústrias Farmacêuticas Internacionais, defensores da privatização dos serviços de saúde, e o outro pela Plenária Nacional da Saúde, defensores dos ideais da Reforma Sanitária. (BRAVO, 2007). O que impactou de maneira positiva nas decisões pelos ideais da Reforma Sanitária foi a organização social em prol da democratização do acesso à saúde e da universalização das ações, para que os serviços públicos de saúde fossem destinados a todos os cidadãos como direito de forma universal.

Bravo (2007) considera que este processo histórico possibilita compreender as mudanças ocorridas na área da saúde, pois, a saúde enquanto constituinte da Seguridade Social influenciou diretamente na elaboração de um modelo de proteção social, com mudanças significativas.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 6º confere a garantia dos direitos sociais, direitos que são fundamentais, a educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e a infância, a assistência aos desamparados.

Em relação ao direito à saúde a Constituição de 1988 em seu art. 196 destaca que é direito de todos e dever do Estado, e deve ser garantida mediante as políticas "sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". (BRASIL, 2012, p. 116).

O Art. 197 destaca que é de relevância pública, as ações e serviços de saúde para regulamentação, fiscalização e controle, sendo que estas ações e serviços integram uma rede regionalizada e hierarquizada. A rede dispõe de um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes,

> I - descentralização com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade. (BRASIL, 2012, p. 117).

Desse modo, as condições de viabilização do direito à saúde no Brasil a partir da CF/88, estabeleceu também a forma de financiamento através de recursos do orçamento da seguridade social para a União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios.

É somente a partir da CF/88, que houve uma integração do sistema de proteção social da Saúde, Assistência Social e Previdência Social, que passaram a integrar a Seguridade Social, vista agora como direito do cidadão e dever do Estado. Para Cunha (2010, p. 32),

> A efetivação da saúde através do SUS como um direito social e dever do Estado determina que as ações e serviços públicos e privados, contratados ou conveniados na área da Saúde, sejam desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal, além de obedecerem aos princípios da universalidade, integralidade, igualdade, equidade, participação, entre outros.

Assim, a saúde se apresenta como um direito universal e fundamental do ser humano, enquanto direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Consoante Cunha (2010), o SUS se apresenta como uma política não contributiva, que garante a todos o atendimento na rede de Saúde pública, independentemente se a pessoa pague ou não Previdência Social, Dessa forma, para a supracitada autora (2010, p. 34), o modelo do SUS segue três princípios,

> O princípio da universalidade, que reconhece a saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso à atenção e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade; a equidade, que é um princípio de justiça social, porque busca diminuir desigualdades - isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior; e a integralidade, que significa a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos,

> exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência, e engloba ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Nessa direção, o Sistema Único de Saúde (SUS) assegura que as ações e serviços, devem ser organizados, enquanto política de Estado através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), regulamentada em 19 de setembro de 1990 – Lei Nº 8.080 que no Art. 2º, §1º consta enquanto dever do Estado, à formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

O Art. 2º, § 2º, determina que “o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” e que todos devem compreender a saúde, enquanto responsabilidade coletiva, devendo ter conhecimento das ações e serviços com o propósito da sua eficiência, ou seja, cada um conforme sua competência deve elaborar, executar, controlar e/ou divulgar os serviços de saúde em face aos benefícios à sociedade. (BRASIL, 1990).

Neste sentido, o Art. 6º distribui as ações a serem executadas em todo território nacional em,

> Vigilância Sanitária - um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde;
> Vigilância Epidemiológica - ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos;
> Saúde do trabalhador - um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho;
> Assistência Terapêutica integral, inclusive farmacêutica - entendida como um 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. (BRASIL, 1990).

É importante destacar que cada uma destas ações é importante em sua totalidade e devem estar interligadas, para que, sejam reduzidos os impactos gerados no sistema de saúde.

A vigilância sanitária deve intervir nos problemas sanitários, que oferecem riscos à saúde, através da análise do perfil epidemiológico da população, que pode ser evidenciado através de sistemas de informação de saúde, que possibilitam definir indicadores após a contextualização de dados impactando na saúde do trabalhador e formulando estratégias a fim, de que as limitações sejam sanadas.

No Capítulo II, Art. 7º da LOS, estão elencados os princípios e diretrizes do SUS,

> I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
> II - integralidade da assistência entendida como 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;
> III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
> IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
> V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
> VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelos usuários;
> VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
> VIII - participação da Comunidade;
> IX - descentralização Político-Administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
> X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
> XI - conjugação dos Recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de assistência à saúde da população;
> XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
> XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, s/p).

O SUS possui diretrizes de descentralização e direção única. O capítulo III, Art. 9º destaca que esta direção é exercida em cada esfera de governo por órgãos distintos, sendo no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela Secretaria Estadual ou órgão equivalente; e no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Destaca-se também a participação da sociedade civil, através da lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, por meio de instâncias colegiadas conhecidas como Conferências de Saúde, responsável pela formulação de novas propostas para o Sistema Único de Saúde, realizadas a cada quatro anos e os Conselhos de Saúde, enquanto o órgão que vai fiscalizar a implementação e utilização dos recursos de forma geral.

Simões (2008), destaca que a LOS criou o CNS, sucedido pelos conselhos estaduais e municipais, com a função primordial de elaborar a Política, o Plano e o Fundo Nacional de Saúde, estaduais e municipais determinando ao poder público, regras básicas dos serviços de saúde, sua fiscalização e controle, tanto em nível federal, como estadual e municipal e do Distrito Federal, sobretudo, sob controle da comunidade interessada, por meio de seus representantes. O que significou a coordenação entre o controle governamental e as entidades privadas, organizadas por um sistema único, e não mais com a divisão anterior de dois ministérios, o da saúde e o da previdência social (INAMPS).

Nessa direção a Lei 12.466 de 2011, aborda acerca das Comissões Intergestores, que são organismos formados entre os próprios dirigentes da saúde. As Comissões Intergestores Tripartite, que possui representantes das três esferas: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e as Comissões Intergestores Bipartite, que possuem representantes, das Secretarias Estaduais de Saúde e representantes do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems). As Comissões Intergestores possuem os objetivos de,

> I - decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
> II - definir diretrizes de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados;
> III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde, entre os entes federados. (BRASIL, 2011).

Observa-se que a integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados são de fundamental importância, contudo, apresenta limites em sua efetivação, considerando que embora com alguns avanços, como acesso a camadas da população mais pobres sem a contrapartida, ainda assim, enfrenta o problema do aporte financeiro do Estado, que conforme Bravo (2013, p. 212) “[...] na medida em que a dotação de verba pública para a saúde vem sendo restringida ano após ano, é reduzida a sua capacidade em promover o acesso universal”. Indo na contramão do que conceitua o SUS, enquanto que,

> O SUS é um sistema universal, de que é usuária toda a população brasileira, rica ou pobre. Mesmo os que não o utilizam, dele se beneficiam por meio das campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância sanitária (como o controle de sangue e hemoderivados, registro de medicamentos e outros) e de eventual atendimento de alta complexidade, assumido pelos hospitais públicos universitários, onde se encontram os melhores especialistas, quando é recusado pelos planos particulares de saúde. (SIMÕES, 2008, p. 132).

Assim, o SUS enquanto um direito previsto na legislação brasileira se caracteriza como conjunto de ações e serviços no âmbito da saúde e, portanto deve ser garantido pelo Estado, sendo assim, é prestado por instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Sendo compreendido como,

> Um modelo 'integral', portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 2000, p. 31).

Problematizando o Sistema de Saúde, observa-se, que as ações estão organizadas para viabilização de um modelo integral, responsabilizando o poder público municipal e co-responsabilizando o poder estadual e federal.

A Norma Operacional Básica do SUS, Nº 01/96 definida pela Portaria MS/GM Nº 2.203 de 05 de novembro de 1996, prima pela qualificação nas ações em todos os níveis de governo, além de priorizar o caráter preventivo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais. De acordo com a NOB/SUS nº 01/96, os campos: assistência, intervenções ambientais e políticas externas ao setor saúde, estabelecem ações intra e intersetorial, que atuam sobre os determinantes sociais, do processo saúde-doença e devem estar articuladas.

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 considera alguns conceitos importantes para a compreensão sobre a Rede de Atenção à Saúde – RAS,

> I- Região de Saúde- espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
> II- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com

> definição de responsabilidade, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;
> III- Portas de Entrada - Serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;
> IV- Comissões Intergestores- instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para a definição das regras da gestão compartilhada do SUS;
> V- Mapa da Saúde- descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;
> VI- Rede de Atenção à Saúde- conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
> VII- Serviços especiais de acesso aberto- serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial;
> VIII- Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica- documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (BRASIL, 2011, s/p).

Vale ressaltar que os desafios existentes no cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário refletem diretamente no SUS, superar tais realidades implicam diretamente no cumprimento do pacto político entre as instâncias de gestão do Sistema, que se caracteriza através da organização em Rede. Assim, a RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010, p. 10).

O funcionamento da RAS é formado a partir da criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores, estes contratos devem abranger todos os pontos de atenção da Rede, definindo as responsabilidades, objetivos, critérios e instrumentos de acompanhamento, avaliação de resultados, metas e indicadores. (BRASIL, 2010, p. 04).

Rosen e Ham (2008 apud MENDES, 2011, p. 82), destacam que a RAS visa “melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos

recursos e a equidade em saúde", ou seja, cumprir os preceitos constitucionais criados pelo SUS.

A organização da RAS é estabelecida dentro de um limite geográfico populacional e de ações e serviços, que serão ofertados nas regiões de saúde, através de uma estrutura hierárquica piramidal, conforme demonstra Mendes (2011).

Figura 1: Sistema Piramidal



Fonte: Mendes (2011, p. 84).

Percebe-se que as RAS em sua maioria, ratificam as propostas do Projeto de Reforma Sanitária, por ser um modelo pautado na integralidade das ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras e reabilitadoras com a democratização do acesso aos serviços priorizando as ações preventivas na Atenção Primaria a Saúde (APS), com a interdisciplinaridade nas ações partilhada por equipes multiprofissionais e usuários, pautados no controle social.

Mendes (2011) destaca os fatores contextuais e fatores internos que correspondem aos sistemas de atenção à saúde,

> Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais (como envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos) e os fatores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional e estilo de liderança e de gestão). Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma

> presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como consequência, temos uma situação de saúde do século XXI sendo respondido por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século XX, quando predominaram as condições agudas, o que não pode dar certo.(MENDES, 2011, p. 51).

O autor destaca que o modelo de atenção básica, tal como praticado, esgotou-se, tendo e vista que não dá conta de cumprir com as funções que as RAS convocam na APS.

> [...] não dá para ter uma APS de qualidade, cumprindo com as funções resolubilidade, de centro de comunicação e de responsabilização nas RAS's, com uma APS que se instala em casas alugadas, que oferta serviços de baixa densidade tecnológica, que tem uma carteira de medicamentos restrita, que funciona com base em cuidados profissionais prestados por médicos e enfermeiros, que não pode oferecer o autocuidado apoiado em função da carência de equipes multiprofissionais, que apresenta sistemas de contratação de profissionais precarizados. (MENDES, 2011, p. 99).

Na efetivação da RAS no SUS, tem-se uma maior visibilidade da Atenção Primária à Saúde, de forma a repercutir ações preventivas que possam impactar positivamente nos outros níveis da rede.

> O sucesso na implantação das diversas redes temáticas depende da transformação da APS que deve efetivamente coordenar o cuidado e ser responsável pelo fluxo do cidadão na rede, nos diversos pontos de atenção, considerando o contexto micro e macro regional, e as necessidades do cidadão. (MENDES, 2015, p.14).

Para o autor a Estrutura Operacional das RAS é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

> A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem aos nós da rede e, o quarto, as ligações que comunicam os diferentes nós. (MENDES, 2015, p. 22).

Desse modo, as redes são opções de atenção à saúde, a exemplo temos as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às doenças cardiovasculares, entre outras. Desse modo, a APS se torna responsável pelo

atendimento de maior parte dos eventos agudos, devendo classificar os riscos[1] das pessoas, que se apresentam neste ponto de atenção, as urgências menores (azuis e verdes) serão atendidas na APS e as urgências maiores (amarelos, laranjas e vermelhos) para as redes de urgências e emergências e aos outros pontos de atenção resolutivos para essas situações. (MENDES, 2015).

Vale ressaltar que se torna importante, a defesa do SUS, fortalecendo a discussão sobre a atenção em todos os níveis de saúde, pelos profissionais e principalmente na formação na área da saúde, considerando que, o SUS “é o celeiro para a formação, para a práxis e para o mercado de trabalho [...] é o principal empregador dos médicos e profissionais de saúde [...] formação se dê com maior diálogo entre serviço e academia”. (RADIS, 2013, p. 23).

Diante do exposto, fica evidente que as conquistas na saúde, se configuram através do SUS, que possibilitou a universalização dos serviços de saúde. No entanto, seu o funcionamento ainda é deficitário, pois acaba por não assegurar a totalidade das ações e serviços, pois, como destaca Bravo (2013, p. 111) “o espaço de articulação e intervenção estratégica e crítica fundamentada em uma racionalidade contra-hegemônica fica cada vez mais restrito, dado o peso dessas velhas e novas determinações”.

O Serviço Social, por sua vez está presente nos pontos de atenção nos três níveis de complexidade da rede, e assim, como os demais profissionais é desafiado a dar respostas nos serviços de saúde na efetivação do direito dos usuários, cabendo a este intervir nas expressões da questão social. Assim, no próximo tópico será abordado acerca da inserção do Serviço Social no campo da saúde.

3.2 O Serviço Social e sua inserção na saúde

Segundo Costa (2017), a área da saúde, para os profissionais de Serviço Social é vista como um desafio diante das diversas demandas de vulnerabilidades sociais e econômicas. Assim, é necessário que o assistente social conheça as políticas que norteiam sua prática com vista a compreender o contexto em que está inserido.

[1]A classificação de risco tem o objetivo de garantir o atendimento prioritário aos pacientes que correm risco de morte, assim como os potenciais riscos conforme as cores indicativas da classificação, no qual vermelha é emergência, amarelo é urgência, verde é semi-urgência e azul não urgência.

Silva (2017) destaca que em se tratando de Serviço Social no Brasil, assim como em outros países da América Latina, teve sua gênese vinculada a caridade e a filantropia praticadas pela Igreja Católica, por meio da influência do Serviço Social Europeu e Norte Americano.

Para a autora, a aproximação do Serviço Social com a Igreja se apresentou através de exigências da sociedade que requisitavam para ordem e manutenção do capital.

> Assim sendo, o Serviço Social é uma profissão que surgiu na sociedade para atender as necessidades societárias expressas pela ordem do capital. Isto é, se inseriu no processo das relações sociais, como auxiliar e subsidiária no controle da sociedade e na difusão da ideologia dominante entre a classe trabalhadora, intervindo na sociedade por meio de serviços sociais que criavam as condições favoráveis a reprodução da força de trabalho. (SILVA, 2017, p. 2).

Iamamoto (2008) destaca que as tarefas desenvolvidas pelas primeiras assistentes sociais, foram marcadas por ações em diferentes espaços, como nos órgãos públicos do Estado, no Departamento de Serviço Social e nas Empresas. Destaca-se também o chamado Campo do Serviço Social médico, em que as ações dos assistentes sociais eram ligadas à puericultura e à profilaxia de doenças.

> As funções exercidas se referirão à triagem (o que o cliente ou família pode pagar), elaboração de fichas informativas sobre o cliente (dados importantes que o médico muito atarefado teria gasto muito tempo para obter), distribuição de auxílios financeiros para possibilitar a ida do cliente à instituição médica, conciliação do tratamento com os deveres profissionais do cliente (entendimentos com o empregador), o cuidado quanto aos fatores psicológicos e emocionais do tratamento, e a adequação do cliente à instituição através da 'obtenção de sua confiança'. (IAMAMOTO, 2008, p.196).

Neste cenário, as funções estabelecidas configuram o surgimento do Serviço Social no campo da saúde, ao abordar como era desenvolvida a intervenção profissional.

De acordo com Matos (2013), foi na década de 1940, com os hospitais em sua maioria construídos pelos Institutos de Aposentadorias de Pensões, que se consolida no Brasil, o trabalho coletivo em saúde. Assim, a presença de profissionais como: médico sanitarista e educador sanitário, esta última com características próximas as que o Serviço Social passaria a desenvolver nos serviços de saúde, através do Serviço Social Médico.

> A primeira inserção profissional no Rio de Janeiro se deu em 1940 na Policlínica de Botafogo; a seguir o mesmo ocorre em 1942, no Hospital Artur Bernardes, em 1944, no Instituto de Cardiologia e também em diversos IAPs (nos quais não sabemos se atuavam, também, na assistência à saúde). Em

> São Paulo, conforme já sinalizado, a primeira inserção foi no Hospital das Clínicas da USP, sendo que em 1947 e 1949 o campo à época denominado Serviço Social médico respondia por 23% e 24%, respectivamente, pelo mercado de trabalho. (MATOS, 2013, p. 48).

O assistente social passa a atuar nos hospitais estabelecendo o contato entre as instituições e a população. Para tanto, o profissional utiliza as seguintes ações: “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária, a assistência mostra-se excludente e seletiva” (BRAVO, 2007, p. 29). A autora ressalta como o Serviço Social na área da Saúde se transformou no principal campo de absorção profissional.

> Além das condições gerais que determinaram a ampliação profissional nesta conjuntura, o “novo” conceito de Saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar – racionalizadora – que, permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social. (BRAVO, 2007, p. 28).

Ressalta que o Serviço Social na área de saúde, deu-se a partir do modelo médico clínico, identificado em conjunto com outras profissões, no contexto da cooperação vertical como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. (BRAVO, 2007).

Nesse contexto, o Serviço Social brasileiro passou por um processo de renovação, ou movimento de “intenção de ruptura” (MATOS, 2013), enquanto tendência articulada com o marxismo e marco de ruptura, através do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, de 1979, o chamado Congresso da Virada.

Nesta perspectiva na área da saúde por influência do movimento de reconceituação são identificados dois projetos políticos, o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária. O Serviço Social é articulado ao projeto de reforma sanitária que questiona as perspectivas neoliberais para a saúde e para as políticas sociais.

> Sem dúvida, o Serviço Social está recebendo influências desta conjuntura (crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento

> de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira), mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior à década de 1980), havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão. (BRAVO, 2007, p. 33).

O Serviço Social inserido também como profissão que atua na área da saúde defende o ideário da Reforma Sanitária Brasileira de que a saúde não é mercadoria, por meio da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde/2010 como um movimento contra hegemônico, constituída por vários segmentos e movimentos sociais em torno da defesa do SUS no contexto mais amplo de luta por melhores condições de vida e trabalho. (RAVAGNANI, 2013).

A Frente caracteriza-se pelo “exercício da pressão social fora do espaço institucional do Estado e como novos mecanismos de controle social democrático” (RAVAGNANI, 2013, p. 147). Através, da produção e distribuição de material, boletins, por meio de sites, blog, nos meios de comunicação e órgãos de imprensa formais, partidos, sindicatos, nas ruas, promovendo os debates, cursos de atualização, de pesquisas e trabalhos de extensão e formação, defendendo o ensino público, gratuito e de qualidade e a defesa a reorientação dos currículos dos cursos da área da saúde e as reivindicações e suas bandeiras ao movimento de massas ocorrido nas ruas do país.

Bravo (2006, p. 33), afirma que sem dúvidas, o Serviço Social, está recebendo influências desta conjuntura “de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira”, mas, por outro lado, está passando por um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior à década de 1980), havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão.

Nogueira (2007) sinaliza que mesmo em meio a luta do Serviço Social na defesa do direito a saúde pública de qualidade, a autora reconhece que há limites no fazer profissional dos profissionais de Serviço Social, por considerar que,

> a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam à intervenção sobre essas necessidades. (NOGUEIRA, 2007, p. 306).

Sob a intervenção do Serviço Social a autora afirma que esta tem suas singularidades, e que historicamente a inserção dos assistentes sociais destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social que se deu a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Costa (2007, p. 311), destaca que quanto à saúde pública no país, "pode-se dizer que o conjunto das mudanças ainda não avançou no sentido de efetivamente superar o modelo médico-hegemônico", uma vez que o sistema de saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações intersetoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida população, como é o caso da habitação, saneamento, educação, assistência entre outros. O Serviço Social inserido na área da saúde a fim de superar o modelo médico deve refletir sobre o processo de trabalho na saúde, o que implica,

> No mínimo, em apreender as dimensões tecnológica, organizacional e política daquela prática social. Ito requer pensar a saúde como uma política social pública que se materialize como um serviço cujo conteúdo. Finalidade e processos de trabalho merecem conceituações de natureza teórica e histórica. (COSTA, 2007, p. 308).

O Serviço Social necessita imprimir uma direção ao seu trabalho o que requer a capacidade de relativa autonomia para fazer desenvolver o seu trabalho, para isto, o assistente social precisa dispor e conhecer portarias e normas de funcionamento das unidades e do próprio sistema de saúde, além dos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento das unidades, setores da instituição. Além de interpretar normas, o assistente social também é convocado para sua elaboração, a partir das exigências institucionais. O conjunto de atividades postas ao Serviço Social segundo Nogueira (2007, p. 324),

> Origina-se, de um lado, da rigidez das normas e da própria natureza de saúde, ao requisitar comportamentos, cuidados e precauções especiais para a circulação do paciente [...] derivando-se, outro lado, de um conjunto de situações que se relacionam com o quadro de exclusão social, cultural e educacional a que está submetida a população usuária do SUS, a ponto de comprometer a própria capacidade usuária para decodificar normas e rotinas que poderiam ser repassadas por outros meios.

Nesse sentido, a natureza do trabalho do assistente social conforme afirma a autora transita entre o controle, disciplinamento e a ação informativo-educadora.

Neste contexto, em defesa do SUS, no próximo tópico conheceremos as contribuições do trabalho do assistente social na luta pelos direitos sociais no âmbito da saúde, por meio dos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.

3.3 Atribuições e Competências do Assistente Social na Política de Saúde

Para Matos (2013), os assistentes sociais vêm atuando em diferentes ações no âmbito do SUS, como no planejamento, na gestão e na educação em saúde, mesmo diante dos desafios postos a política de saúde no contexto atual neoliberal.

> A aparente dualidade entre a política pública precarizada e as eficientes propostas de inovações na gestão do sistema, entre o SUS histórico e o SUS materializado, entre novas e velhas demandas ao Serviço Social, integram um mesmo movimento, uma mesma racionalidade, que têm impactos importantes sobre a população usuária do sistema e sobre as práticas sociais dos trabalhadores da saúde – entre estes, o assistente social. (BRAVO; MENEZES, 2013, p. 111).

Assim, refletir sobre a atividade profissional é refletir acerca das atribuições e competências do assistente social no campo da saúde. Segundo Bravo (2007, p. 55), o Código de Ética, destaca aos profissionais do Serviço Social que “assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática, referenda os ganhos constitucionais na Seguridade Social”. O CFESS (2012, p. 24) destaca no inciso X o “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Nesse sentido, é necessário, que o assistente social, tenha uma formação continuada para responder às demandas, que se apresentam e que por vezes, precisa de maior brevidade como nos atendimentos em serviços de saúde, o que requer deste profissional a constante sistematização e reflexão da prática.

Sobre a Lei 8.662/1993 que regulamenta a profissão requisita dos profissionais algumas competências gerais, que são fundamentais à compreensão do contexto sócio histórico em que se situam sua intervenção (CFESS, 2010, p. 35),

> Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;

> Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
> Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacionais e nacionais, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
> Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.

Segundo o CFESS (2010, p. 35), cabe ao assistente social estruturar seu "trabalho e estabelecer as competências e atribuições específicas necessárias ao enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano", pois, somente a partir do conhecimento de suas competências, será possível estabelecer como se dará, a prática profissional em cada área de atuação a fim, de identificar os entraves e as possibilidades do fazer profissional visando garantir a qualidade dos serviços prestados.

Vale ressaltar que não existe um Serviço Social para cada campo de atuação, e sim, conhecimentos específicos a depender da área em que estão inseridos os profissionais, em decorrência deste fato existem encaminhamentos próprios às demandas assistidas na área da saúde. (CFESS, 2010).

> Podemos observar o vínculo do exercício profissional na saúde com a política de assistência social, na medida em que, da forma como está atualmente estruturado o trabalho coletivo e saúde vem cabendo aos assistentes sociais buscarem, ou tentarem, diferentes recursos – para além das ofertadas pelos serviços de saúde – com vistas a garantir ao usuário os seus direitos. Seria, então, o assistente social, trabalhador da assistência social na saúde?
> Cremos que não. Se assim fosse o mesmo não necessitaria conhecer plenamente a lógica da política de saúde e dos seus serviços. Ou seja, não integraria a força de trabalho em saúde. Ademais, a política de assistência social é uma resposta fragmentada – tal quais as outras políticas sociais – e não é o fundamento da profissão. (MATOS, 2013, p. 64).

Para tanto, é necessário conhecer as políticas externas a saúde e construir estratégias no cotidiano profissional para melhor trabalhar as demandas. Conforme estabelece o CFESS (2010) para pensar e realizar uma atuação competente e crítica, deve-se articular e sintonizar trabalhadores e usuários, conhecer as condições de vida e trabalho, bem como, os determinantes sociais do processo saúde-doença, a fim de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, através da atuação em equipe, tendo em vista, a interdisciplinaridade.

Por isso, deve-se estimular a intersetorialidade, articulando as políticas de seguridade social, objetivando construir e/ou efetivar conjuntamente com outros trabalhadores da saúde espaços, que garantam a participação popular, através de elaboração e participação de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematização do trabalho desenvolvido, bem como, realizar investigações relacionadas à saúde, efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim, de potencializar a participação dos sujeitos sociais. (CFESS, 2010).

O Projeto Ético Político do Serviço Social, norteia o fazer profissional em uma abordagem sobre o contexto sócio histórico, acerca da compreensão de projetos societários e projetos profissionais, contribuindo para a compreensão por parte dos assistentes sociais de uma nova relação com os usuários.

Entre as diferentes concepções de projetos políticos, destacam-se dois projetos citados na área da saúde, o Projeto da Reforma Sanitária (1970) e o Projeto voltado para o mercado ou Privatista (1990). O primeiro projeto apresenta o SUS como sua proposta estratégica, em que o projeto de Reforma Sanitária tem como fundamento o Estado democrático de direito, que se responsabiliza pelas políticas sociais, sobretudo a saúde. Este projeto se assenta na proposta de democratização ao acesso, universalização e melhoria dos serviços, pautada na integralidade, “democratização das informações e transparência no uso de recursos do governo”. (CFESS, 2010, p. 19).

Vale destacar, que o contexto em que se insere a saúde atualmente se agrava com o projeto privatista, que por sua vez, gera muitos atrasos em decorrência da focalização, desfinanciamento e da segmentação, o que colabora para o desmonte do SUS ao diminuir a responsabilidade do Estado com as Políticas Públicas. O projeto de saúde articulado ao mercado privatista é pautado na Política de Ajuste, tendo como tendências, a racionalização com os gastos e minimização de responsabilidade do Estado. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste, portanto, em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado, marcando um sistema de caráter que focalize no atendimento à população que necessita, colaborando para a “ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento”. (CFESS, 2010, p. 22).

Nessa perspectiva, o Assistente Social, em sua prática profissional pode desempenhar suas atribuições fortalecendo o projeto de reforma sanitária ao se, comprometer com o Projeto Ético Político Profissional, considerando que embora sejam distintos “ambos os projetos têm uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa”. (MATOS, 2013, p. 102).

Contudo, a prática profissional do assistente social deve possibilitar uma reflexão acerca de um novo projeto societário, da garantia da universalização, do acesso aos serviços de saúde e da efetivação dos direitos da população. As atribuições e competências do assistente social, estão disponibilizadas nos Parâmetros para Atuação na Saúde, baseadas no 4º e 5º artigo da Lei de Regulamentação da Profissão nº 8.662, de 7 de junho de 1993.

As competências são as qualificações profissionais, independentemente, de serem atribuídas aos profissionais de outras categorias, e as atribuições são competências privativas, especificamente da formação profissional do assistente social. (CFESS, 2010).

O CFESS (2010) destaca as competências do assistente social a partir de quatro eixos articulados dentro de uma concepção de totalidade, que são: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional.

O atendimento direto aos usuários acontece em diversos espaços de “atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira” (CFESS, 2010, p. 41). As ações, que predominam nestes atendimentos são ações sócioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinares e as ações socioeducativas, que juntas possibilitam a realização de um atendimento aos usuários.

As ações sócioassistenciais, se revelam no cotidiano das atividades desenvolvidas nas instituições de saúde, a destacar a democratização das informações, condições das demandas dos usuários e o conhecimento crítico da realidade. (CFESS, 2010). Quanto às ações de articulação interdisciplinares se referem à articulação entre os profissionais, são de extrema importância, considerando que por meio delas é que se estabelecem estratégias, que possibilitam

a dar respostas aos determinantes sociais que interferem diretamente no processo saúde-doença. (CFESS, 2010).

O CFESS (2010, p. 46), enfatiza que o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde.

Quanto às ações socioeducativas são ações como sensibilização do usuário quanto aos princípios e diretrizes do SUS, práticas reflexivas, entre outras, que perpassam pelas simples ações de informações.

A mobilização, participação e controle social são atividades realizadas, que têm “por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde”, nos diferentes espaços de participação popular, como Conselhos, Conferências, Ouvidorias e nos mais diversos serviços, visando melhorias nos serviços de saúde. (CFESS, 2010, p. 57).

A investigação, planejamento e gestão são apresentados como “propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2010, p. 60), deve ser baseada em uma investigação da realidade, sejam demandas individuais ou coletivas. Torna-se necessário saber intervir problematizando e estabelecendo ações estratégicas, acionando as redes e os encaminhamentos a serem realizados.

A assessoria, qualificação e formação profissional “visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo, a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários”, tanto em sua formação continuada, como na utilização de seus conhecimentos em ações de capacitação. (CFESS, 2010, p. 63).

A criação de um Sistema Único de Saúde, estruturado em uma Rede, fez com que, uma nova realidade se configurasse, possibilitando aumentar a cobertura e a resolutividade das demandas da população. Para tanto, é primordial que os serviços da Rede de Atenção à Saúde estejam articulados em rede. Sendo necessário, que os três níveis de governo possam ampliar e garantir a expansão e organização dos serviços de saúde, a fim de possibilitar de fato uma saúde para todos de qualidade.

Assim, independentemente do setor ou do nível de atenção à saúde no qual o assistente social esteja inserido, é necessário que seu trabalho supere

rotinas. Desse modo, planejar o trabalho se torna necessário para a compreensão de como serão articuladas as ações. Para Matos (2013, p. 63), “compreender os determinantes da política de saúde e seus rebatimentos no trabalho desenvolvido na instituição e na vida dos usuários, torna-se fundamental”, pois,

> O modelo médico hegemônico secundariza e desqualifica as ações e atividades profissionais que não se constituem objeto de práticas privilegiadas por esse modelo assistencial, como é o caso das ações de educação em saúde e das atividades de categorias profissionais, como: assistentes sociais, nutricionistas, sociólogos e, em certa medida, psicólogos. (MATOS, 2013, p. 52).

Para o autor o grande desafio do trabalho do assistente social nos serviços de saúde, está na desconfiguração de seu trabalho por outros profissionais, que por vezes, demandam todos os “problemas” que não são resolvidos em outros setores, como se fossem de responsabilidade exclusiva do Serviço Social.

Nesse contexto, para Nogueira (2007, p. 341), o assistente social se insere, como um “agente de interação ou como um elo orgânico” entre diversos níveis do SUS e demais políticas sociais, a fim de assegurar a integralidade das ações.

3.4 O Tratamento Fora do Domicílio-TFD

O TFD é instituído pela Portaria nº. 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), enquanto instrumento legal visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem quando esgotado todos os meios de atendimento.

> O TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica a unidades de saúde referenciada em outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes. (MANUAL TFD,2012, p. 2).

O programa permite o fluxo dos pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade, por isso sua organização e encaminhamentos ocorrem de acordo com cada Estado.

> O Tratamento Fora do Domicilio é regulamentado, no âmbito nacional, através da Portaria SAS/GM no. 55, de 24 de setembro de 1999, e na esfera estadual, por meio da CIB/Ba no. 054- 055-056 e 117 de 2005 e 011 de 2006. Observe-se que muitas diretrizes foram ratificadas e aprimoradas através das Portarias no. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e no. 648 de 28 de março de 2006. Segundo a Portaria GM no. 648, de 28 de março de 2006, no item 2, inciso IV, é da competência das Secretarias Municipais de Saúde a organização do fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica (MANUAL TFD, 2012, p. 4).

O Manual destaca ainda que cada município deverá constituir uma Comissão Municipal de avaliação de TFD, composta por um médico, um técnico de nível superior – assistência social ou enfermeira, e um técnico de nível médio. Em relação ao que o TFD oferece o Manual do TFD destaca: consultas, tratamento ambulatorial, hospitalar / cirúrgico previamente agendado; passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes no mesmo valor, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem; ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento; responsabilização pelas despesas decorrentes de óbito do usuário de TF e análise de situações especiais, quando as condições físicas do paciente não permitirem o transporte rodoviário.

Vale ressaltar, que as despesas pagas pelo TFD são relativas ao transporte “aéreo, terrestre e fluvial, diárias para pernoite e ajuda de custo para alimentação para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD”. (MANUAL TFD, 2012, p. 4). Destaca-se ainda que

> [...] a Secretaria de Estado da Saúde poderá reembolsar ao paciente as despesas com diárias e passagens nos deslocamentos para fora do Estado, quando se tratar de casos de comprovada urgência, sem que haja tempo hábil para formalizar a devida solicitação, o que deverá ser providenciado após o retorno e encaminhado via Gerência Regional de Saúde, caso o paciente possua o processo de TFD autorizado previamente. (MANUAL TFD, 2012, p. 4).

Consoante o Manual é vedado ao Município, cobrar do paciente ou acompanhante, qualquer valor referente ao transporte ou alimentação podendo o município que infligir às regras que regem a legislação do SUS - Lei no. 8080/90. Em relação à responsabilidade pelo custeio do TFD, a Portaria 55 ressalta que:

> A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos intraestadual será, via de regra, atribuído às Secretarias Municipais de Saúde, de onde o paciente reside que utilizarão a Tabela de Procedimentos

> do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios". (MANUAL TFD, 2012, p. 5).

A Portaria 55 ressalta que em casos em que quando o deslocamento for realizado a partir de um município não habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), isto é, esteja habilitado apenas na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), a competência para a concessão do benefício é da Comissão Estadual de TFD a qual o município está vinculado. (MANUAL TFD, 2012).

Em se tratando da responsabilidade de despesas nos deslocamentos interestaduais, este será atribuída à Secretaria de Estado da Saúde, que também utilizará a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado. Nos casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC compete ao Ministério da Saúde o direcionamento dos pacientes. (MANUAL TFD, 2012).

3.5 O TFD no munícipio de Chapadinha - MA

A efetivação do TFD no munícipio de Chapadinha-MA, obedece às diretrizes da Portaria/SAS nº 55/1999 e a Portaria nº 1.097/2006, que define a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde em cada território no âmbito do SUS.

Como já exposto, o TFD, oferece o serviço de custeio na saúde aos usuários do SUS que necessitam fazer tratamento, terapia ou cirurgia em outro território diferente do de origem do paciente. Para tanto, o usuário do sistema de saúde do município de Chapadinha que requerer o serviço necessita fazer o pedido na Unidade Mista ou Secretaria Municipal de Saúde. Para a solicitação é necessário cadastro, documentos pessoais, laudo médico, cartão do SUS e comprovante de residência que será encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Chapadinha. Quanto à resposta da solicitação ao TFD (autorizado ou negado), é repassada Secretária Municipal de Saúde de Chapadinha, por meio de contato telefônico.

Vale destacar que após, a autorização do procedimento solicitado pelo paciente, à medida que o usuário faz seu tratamento é requerido um comprovante do médico para anexar junto ao arquivo do paciente. Em casos de óbito do paciente atendido pelo programa, o TFD fornece o custeio.

É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Chapadinha as despesas intra-estadual. O repasse dos valores atende a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, e são autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município, conforme determina a Portaria nº 55. Quanto às despesas com deslocamento interestaduais são de responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, também sendo autorizado o repasse de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

Em casos de urgência e emergência, cabe ao Diretor ou Responsável pela unidade de saúde solicitar autorização do TFD por telefone ou entrar em contato com a Secretaria Estadual.

Em casos em que o paciente tem acompanhante, este também pode requerer o custeio do TFD, porém só é autorizado em casos em que o paciente é menor de idade, idosos acima de 60 anos, ou paciente impossibilitado por conta da doença de gerir seus próprios meios, ou providencias necessárias ao tratamento.

Em relação aos pré-requisitos básicos para obter o TFD no município, a Portaria 55 que regula o TFD destaca:

> I - Laudo médico, próprio do TFD, devidamente preenchido pelo médico solicitante (médico assistente do município), informando a necessidade do paciente realizar o tratamento fora de sua cidade, descrevendo o diagnóstico e justificando a necessidade do tratamento. O laudo deverá ser preenchido em 03 (três) vias, à máquina ou letra de forma.
> II - Para que seja concedido, o pedido deve ser formalizado em processo próprio e constituído com os seguintes documentos:
> • O Pedido de Tratamento Fora de Domicílio (formulário próprio);
> • Laudo Médico;
> • Xerox de Exames;
> • Xerox de: Certidão de nascimento (paciente menor de idade) ou carteira de identidade (paciente maior de idade); e
> • Xerox da carteira de identidade do acompanhante se houver. ((MANUAL TFD, 2012, p. 6).

Referente ao laudo deve ser primeiramente encaminhado à Coordenação do TFD do Município, para que somente após ser avaliado por uma equipe especializada, que ficará responsável por determinar o local do tratamento, sempre tendo como base que o tratamento deve ser realizado na localidade mais próxima do município de origem. Em Chapadinha, os pacientes são encaminhados para São Luís, é importante destacar que todo o encaminhamento é marcando previamente com a data, o horário e local do atendimento/consulta.

Nesse sentido, será de responsabilidade do médico do município, em que funciona o TFD, analisar e justificar a necessidade do usuário do TFD ter ou não

acompanhante. É importante ressaltar que para o requerimento do TFD no munícipio, o usuário do SUS não precisa se deslocar até a unidade do TFD do município, considerando que o requerimento pode ser solicitado pela própria Unidade Mista ou Secretaria Municipal de Saúde, e esta que encaminha os processos de TFD à Regional de Proteção Social – RPS.

4 METODOLOGIA

O percurso metodológico foi caracterizado por meio de pesquisa bibliográfica, em que foi realizado um levantamento de portarias e decretos, que demonstram o aparato legal da Política de Saúde, bem como se fez uma breve configuração do Sistema de Saúde e como o assistente social se inseriu historicamente enquanto trabalhador na área da saúde.

A pesquisa foi realizada pela busca e apreensão de como ocorre a articulação do TFD no contexto da rede de atenção à saúde, e como se efetiva a atuação do assistente social.

Utilizou como base o método materialista histórico dialético, pois este considera as relações para além da aparência. É importante destacar que o método para a produção do conhecimento assume um caráter fundamental e deve permitir um desvendamento do fenômeno em estudo, permitindo que se descubra por trás da aparência o fenômeno real. O método demonstra sua importância pois possibilita a compreensão da Política de Saúde como um processo histórico e dinâmico, que integra uma realidade em constante movimento de transformação.

A pesquisa segundo Gil (2010) é um processo que busca dar respostas a questões que são propostas, assim, é requerida “quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema” (Gil, 2010, p. 19)

Nesse sentido, fez-se primeiramente um levantamento bibliográfico realizado no período de outubro de 2018 a novembro de 2018, através de pesquisa nas bases de dados da biblioteca virtual da SciELO, CAPES e BDTD, tendo em vista conhecer e analisar as contribuições científicas existentes sobre o objeto de estudo.

Nesse sentido, de modo a demonstrar suas características e alcançar os objetivos propostos e com a intenção de analisar a atuação do(a) assistente social no programa de Tratamento Fora de domicílio (TFD), no município de Chapadinha - MA, bem como os desafios postos a este profissional, foi proposto primeiramente como metodologia de pesquisa, fazer revisão de literatura, por meio de pesquisa bibliográfica e documental em livros, dissertações e anais de eventos científicos, considerando que conforme ressalta Fernandes e Gomes (2003, p. 13),

> A pesquisa bibliográfica é, sem dúvida, uma das fontes mais importantes de pesquisa e constitui etapa prévia a ser feita em um processo de pesquisa, seja qual for o problema em questão. Isto se deve ao fato de que é absolutamente necessário um conhecimento prévio do estágio em que se encontra um assunto, antes de iniciar-se qualquer estudo [...].

A revisão bibliográfica é importante ainda para se conhecer com mais profundidade determinados aspectos que cercam o objeto da pesquisa. Segundo Gil (2010), a revisão é importante para a fundamentação teórica do estudo e para a delimitação do objeto, pois reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

A abordagem utilizada nesta pesquisa é qualitativa, por considerar os aspectos que vão além do que pode ser quantificado, pois, “trabalha com o universo de significados [...] o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 23).

Todavia, o fato desta pesquisa ter caráter qualitativo, não desconsidera a contribuição de informações quantitativas. No contexto, pretende-se desenvolver uma pesquisa exploratória e descritiva. Com relação à pesquisa exploratória Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 63) defendem que:

> A pesquisa exploratória tem como objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter uma nova percepção dele e descobrir novas ideias. [...] A pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre seus elementos componentes.

Com relação à pesquisa descritiva, Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 63) explicam que:

> A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos e fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características.

Para se aproximar do objeto de estudo, realizou-se uma pesquisa de campo no TFD de Chapadinha- MA, por meio de entrevista semiestrutura com a assistente social do programa, com vista a identificar o trabalho desenvolvido pela assistente social.

A pesquisa foi realizada no TFD de Chapadinha - MA, que funciona no Centro de Especialidades Benú Mendes. Em relação ao participante da pesquisa, foi realizada entrevista apenas com a Assistente Social. A entrevistada estava ciente da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Por fim, foi feito uma análise das informações obtidas dentro de todo o processo da pesquisa, e feito a sistematização dos dados obtidos na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 O ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DO DOMÍCILIO – TFD NO MUNÍCIPIO DE CHAPADINHA – MA

Não há dúvidas quanto a importância do trabalho do assitente social para a consolidação do SUS, reconhecendo que por mais simples que possa parecer a atividade e os meios utilizados pelo assitente social, este necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição em que trabalha, mas também a lógica de funcionamento do sistema de saúde, bem como a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições públicas e privadas que se apresentem como meio para viabilizar o atendimento do usuário dos serviços de saúde.

É neste contexto, que o assistente social no âmbito da saúde se insere nos programas de Tratamento Fora do Múnícipio (TFD), programa este que obedece o que preceitua o art. 196 da Constituição de 1988, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. O programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), busca assegurar os direitos dos usuarios constitucionalemnte garantidos, respeitando os princípios do SUS de universalidade e integralidade.

O programa foi instituído no âmbito do SUS através da Portaria SAS/Ministério de Saúde nº 055 de 24/02/1999, e tem como objetivo custear “passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirúrgico em alta complexidade, a ser prestado a pacientes atendidos exclusivamente pelo SUS, em outros Estados” (MANUAL TFD, 2012, p. 3). Além de disponibilizar ajuda de custo para alimentação, pernoite do paciente e seu acompanhante, caso seja necessário.

Vale ressaltar, que o benefício só pode ser acessado quando todos os mecanismos de tratamento existentes no local de origem do paciente estiverem esgotados e, somente enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente. O TFD foi estabelecido como forma de abranger e garantir o direito dos cidadãos, nele é oferecido o tratamento médico a usuários com doenças não tratáveis no município de origem, especialidades que não existem na localidade e para dar continuidade a tratamento.

O TFD, enquanto instrumento legal, instituído pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS, destina-se a usuários do sistema de saúde que necessitem de assistência médico hospitalar, cujo procedimento seja considerado de alta e média

complexidade, por isso é necessário que o usuário faça o cadastro no programa. Compete ao TFD segundo Barbosa et al (2010, p. 43),

> [...] oferecer: consulta tratamento ambulatorial, hospitalar e/ou cirúrgicos previamente agendados; passagens de ida e volta para que o paciente possa deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar à sua cidade de origem e ajuda de custo para alimentação e hospedagem. Uma das doenças crônicas que requerem tratamento de alta complexidade é a insuficiência renal crônica, que se tornou um dos problemas de saúde pública por suas 4,5 crescentes taxas de prevalência.

O Programa para Azevedo (2016, p. 403), é visto como um instrumento e cidadania e inclusão, pois possibilita a ligação entre o usuário o SUS e seu prestador de serviço. Dessa forma, o TFD é importante considerando que muitos usuários do SUS “não possuem por vezes condições financeiras para se deslocarem dos municípios de suas residências, em razão de não encontrarem mais ali possibilidades para o tratamento adequado do qual necessitam para a conservação ou promoção de sua saúde”.

Desse modo, o SUS, através da Portaria SAS nº 55, de 24/02/1999 normatizou o TFD, tornando-o um instrumento que tem como objetivo garantir o acesso de usuários do sistema de saúde a outras unidades de saúde para a realização de tratamento médico fora de sua região de origem. A portaria SAS nº 55, de 24/02/1999, estabelece como diretrizes do programa,

> Art. 1º - Estabelecer que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.
>
> § 1º - O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento no próprio município.
> § 2º - O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS.
> § 3º - Fica vedada a autorização de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB.
> § 4º- Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.
> § 5º - Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância e em regiões metropolitanas.

Observa-se que a portaria determina que somente após o esgotamento de todos os procedimentos de saúde no local de origem do paciente, ele poderá ser acionado o TFD para o custeio do tratamento.

O TFD, no âmbito nacional, é regido pela Portaria 55/ 199, na esfera estadual, por meio da Comissão Intergestor Bipartite – CIB, nº 54,55,56 e 117/2006. Segundo o Manual do TFD (2012), ocorreram algumas mudanças e aprimoramentos do Programa através das Portarias nº 399 e 648/ 2006. As mudanças se referem a deliberação da regionalização e hierarquização dos serviços a cada Estado e Munícipio a autonomia de organização do TFD. Assim, passa a deliberar a criação de Manual de Instruções especificas do TFD em cada Estado/município. Vale destacar, que apesar da inovação da portaria, apenas um Estado criou seu próprio manual de normatização do TFD a nível estadual, a citar o estado da Bahia.

Desse modo, cada estado/município delibera um manual com instruções específicas do TFD local, em que distribui questões e condições propicias para a realidade do programa. Em Chapadinha - MA é regido apenas pela portaria nº 55.

5.1.1 O trabalho do Assistente Social no programa de TFD em Chapadinha – MA

Segundo Rosa (2016, p. 38), o SUS possui diretrizes de atenção à saúde objetivando melhor atender os usuários do sistema de saúde, porém o que acontece é que geralmente “os serviços especializados são direcionados aos territórios economicamente potentes, em grandes centros urbanos, que possuem a especificidade tecnológica e de recursos humanos”, o que limita a acessibilidade da população principalmente para aqueles que necessitam se deslocar de seu local de origem em grandes distâncias territoriais, tendo que utilizar o programa TFD.

Desse modo, a atuação dos profissionais que trabalham na saúde, sobretudo o assitente social, devem, sustentar sua prática cotidiana em uma perspectiva ética em todas as relações, objetivando construir caminhos que possibilitem a práxis social e leituras críticas da realidade, considerando que

> [...] os princípios e diretrizes arquitetados para a consolidação do Sistema Único de Saúde traz como proposta uma política de saúde que atenda o homem na sua totalidade, porém, a missão do Estado em sistematizar e articular os serviços de atendimento público passa por um sucateamento em todas as esferas de atenção, cuja realidade baseia-se numa tendência de terceirização, filantropização e privatizações. (IAMAMOTO, 2013, p. 75).

Dessa forma, considerando as informações já expostas acerca do TFD, foi realizada uma entrevista com assitente social do TFD do municipio de Chapadinha-MA, com objetivo de analisar o exercício profissional do assistente social que atua no TFD. Assim, ao pergunta-se acerca do funcionamento do TFD e do acesso dos usuários ao serviço obtivemos a seguinte resposta: o TFD funciona de segunda a sexta, sendo disponíveis 17 vagas aos usuários, e que para requerer a inclusão do usuário no programa “tem que primeiro está fazendo o tratamento na rede do SUS, precisa apresentar documentos pessoais e relatório médico”. (AS 2018).

Observa-se que do ponto de vista normativo, o TFD é burocratizado e revela a precariedade da política de saúde no Brasil, pois ao afirmar que tem apenas 17 vagas, revela seu caráter excludente e seletivo no acesso aos serviços do SUS. Rosa (2016) destaca diante deste caráter é necessário repensar qual política de saúde “estamos financiando, pois, a configuração apresentada segue na contramão do modelo defendido durante o processo de redemocratização e da luta por uma política de saúde universal, justa e integral para todos os brasileiros”. (ROSA, 2016, p. 45). Levando em conta que a política de saúde atual é pensada pela perspectiva econômica neoliberal, o que representa o declínio do processo de avanço do SUS.

Nesse sentido, Rosa (2016) sinaliza que o desafio atual,

> [...] é re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade. (ROSA, 2016, p. 46).

Com relação demandas no TFD de Chapadinha, a assistente social (2018), ressaltou que “as principais demandas são a especialidades de oftalmologista, neurologistas, oncologista, endocrinologista e exames como: ressonância magnética, entre outras”. Percebe-se que as demandas são as mais variadas, o que vem a demandar do assistente social a autonomia técnica e o conhecimento de suas atribuições e competências de acordo com seu Código de Ética. Sobre isto Barroco (2012, p. 153), destaca,

> A autonomia técnica [...] possibilita ao profissional manter sua capacidade crítica e absoluta independência na sua atividade profissional, sem se submeter a imposições ou determinações autoritárias, infundadas, incompatíveis em relação ao seu fazer profissional ou mesmo com suas

> atribuições e competências inerentes ao seu conhecimento e que não sejam coerentes com os princípios firmados no Código de Ética Profissional.

Assim, o profissional tendo seu Projeto Ético Político como norteador de sua prática, executa um trabalho adequado às demandas nos diferentes espaços sócio ocupacionais.

No que se refere aos principais desafios encontrados para garantia dos direitos às pessoas que utilizam o serviço TFD no município, a entrevistada afirmou ser a insuficiência de transporte para a grande quantidade de usuários “temos uma média de 800 a 900 usuários cadastrados e 200 a 300 usuários que viajam com frequência”, e “o transporte disponibilizado pelo município para fazer o translado infelizmente é insuficiente para atender a demanda. O transporte só funciona três vezes na semana sendo que se torna inviável para o grande número de usuários cadastrados”. O relato da Assistente Social aponta para a necessidade e urgência de articulação intersetorial para a efetivação destes usuários.

Sobre o trabalho desenvolvido pela assistente social no serviço TFD de Chapadinha, a Assistente Social (2018), destacou ser,

> Atendimento social mediante as demandas apresentadas pelos usuários, onde é feita a mediação aos direitos dos usuários sobre o programa. Articula o com os demais setores, além da saúde, a assistência. Socializa as informações com a equipe da casa de apoio de São Luís que é a base de suporte aos usuários do programa. Informa sobre marcações de consulta, exames, esclarecendo a estas pessoas tudo no que se refere ao procedimento onde irá ser realizado, tirando as dúvidas.

Observa-se que no desenvolvimento do trabalho do assistente social visando a dar respostas os instrumentos técnicos operativos (visitas, atendimentos, encaminhamentos) são ferramentas imprescindíveis na ação profissional, pois possibilita a capacidade de criar e recriar instrumentos que direcionam seu fazer profissional.

Ao pergunta-se sobre os principais desafios posto no trabalho do assistente social no serviço TFD de Chapadinha-MA, a entrevistada destacou ser a falta de estrutura, de material, de instrumentais, transporte, a ausência de capacitação para toda equipe. Nota-se que a falta de estrutura do assistente social, pode vir a não garantir o que o Código de Ética preconiza em relação ao sigilo profissional, ao enfatizar que,

> O sigilo objetiva garantir uma relação pacífica e confiável na utilização de serviços profissionais, impedindo qualquer veiculação de tudo aquilo que o

> profissional tem conhecimento na relação que estabelece, no caso do assistente social com o usuário do Serviço Social, [...] aqui se conecta o princípio da constitucional da inviolabilidade da intimidade, que para além de ser direito constitucional representa a defesa do projeto ético-político do Serviço Social vinculado à construção de uma nova ordem societária, sem exploração, sem dominação. (BARROCO, 2012, p. 210).

Quanto a sugestões que vise à melhoria do atendimento do TFD em Chapadinha a Assistente Social (2018), pontuou,

> Uma boa sugestão é o município comprar um transporte com no mínimo 32 lugares, e que este transporte fizesse o translado dos usuários. Que tivesse transporte de segunda a segunda, isso com certeza melhoraria a situação do TFD de Chapadinha e resolveria a grande deficiência que existe dentro do programa que é a falta de vagas no transporte. Transporte próprio comprado pelo município.

Destacou ainda que deveria se reciclar a equipe do TFD, tanto as assistentes sociais como também a equipe que compõe a casa de apoio, que fosse feito reuniões, e que nelas fossem pontuados o que está dando certo e o que não está dando certo. “Se acontecesse treinamento de toda a equipe que faz parte do TFD, isso seria muito bom. Seria uma boa sugestão o município investisse em capacitação” (Assistente Social, 2018).

Diante do exposto, constata-se que o TFD do munícipio de Chapadinha-MA enfrenta desafios, sobretudo, no que se refere ao transporte, e que estes desafios surgem no contexto de precarização da saúde pública no Maranhão. Quanto ao assistente social sua atuação no programa visa trabalhar as questões referentes ao tratamento de saúde dos pacientes, principalmente ao que tange ao direito à saúde pública em todos os níveis de atenção, bem como trabalhar com os aspectos da vivência na Casa de Apoio, com relação às expectativas referentes ao tratamento.

É importante destacar que, como determina a Portaria 55 do Ministério da Saúde, como o benefício fica a cargo do orçamento de cada município, muitas vezes, como ocorre em Chapadinha, o serviço não abarca/atende a todos por pretexto orçamentário do município, o que acaba inviabilizando o direito do usuário do serviço do TFD no munícipio.

Destaca-se ainda, que a oferta do TFD não somente em Chapadinha como em outros municípios se torna contraditório, na medida em que se cria uma Portaria (nº 55), e nesta mesma, se destaca o caráter excludente quando se deixa a cabo de cada município atender diante de seu orçamento. O direito a saúde não

seria universal? Para atender a todos? Ficando então a contradição entre a oferta de serviço determinado por Lei, mas que encontra limites em sua efetivação a depender do orçamento de cada ente federado.

Em relação ao trabalho do assistente social do TFD, enfatiza-se que este profissional atende os usuários, a fim de mediar o tratamento de saúde fora de domicílio, dos acompanhantes e de todos os que convivem com essa realidade, mesmo diante dos desafios postos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado da pesquisa, acerca do trabalho desenvolvido pelo (a) do assistente social no TFD de Chapadinha – MA foi possível alcançar resultados que merecem algumas considerações.

A partir do Sistema Único de Saúde, houve uma ampliação do sistema de saúde no país, considerando que anterior ao SUS, os cidadãos que necessitavam de assistência à saúde deveriam contribuir.

Observa-se ainda que o SUS, apesar de ampliar o direito a saúde, tem desenvolvido ações fragmentadas diante do modelo neoliberal em que vivemos o que tem revelado a precarização no sistema de saúde, decorrente de uma “sociedade marcada pela mercantilização dos serviços e pela anulação de segmentos com valores emancipatórios, como a liberdade, a emancipação, a universalização de acesso aos direitos, entre outros”. (ROSA, 2016, p. 109).

Quanto ao TFD, foi possível perceber que apesar da materialização do SUS em todo o território nacional defender um SUS, público, universal e igualitário a todos os usuários, este apresenta limites em sua efetivação, pois existem estruturas da configuração do SUS. A prova disso é o TFD, que, apesar de garantir o atendimento do usuário mesmo em outro município ou estado, não assegura condições dignas para a realização do tratamento fora de domicílio, e nem ao menos minimiza os impactos na vida cotidiana dos sujeitos sociais que dele se utilizam. Fato que ficou expresso através da entrevista ao destacar que a demanda no município de Chapadinha é grande e que falta transporte para todos, o que acaba por deixar de atender a toda a demanda, demonstrando assim, seu caráter focalista e seletivo.

O TFD revela sua contradição em sua própria existência, considerando que o próprio Estado, cria mecanismo como o TFD, para abarcar um direito que ele (Estado) negou, quando não assegurou o que está expresso no SUS. Desse ponto de vista, o TFD, revela sua contradição, pois ao criar um programa que prever a saúde em outro munícipio fica evidente que o município local (em que o usuário reside) não prover dos serviços de saúde.

O trabalho revelou ainda que existem avanços na política da saúde, contudo, precisa ser mais bem estruturada. Constatou ainda, que a atuação do

assistente social nos serviços e programas de atenção à Saúde, a destacar o TFD, demonstrando sua importância na viabilização dos direitos mesmo diante dos retrocessos de um SUS focalizado e seletivo.

Quanto ao trabalho do assistente social, enfatiza que não há dúvidas quando sua relevância para a consolidação do SUS, considerando que cumpre o papel de articulador/mediador da política de saúde com seus usuários, com vista à quebra da burocratização dos serviços, visando à ampliação dos direitos. Compreendendo que o assistente social para o desenvolvimento de suas atividades, por mais simples que venha a ser, necessita conhecer não apenas o funcionamento da instituição em que trabalha, mas também a lógica de funcionamento da rede de saúde como meio de viabilizar o atendimento dos usuários desta área.

Observou-se ainda através da pesquisa que muitas demandas que chegam ao assistente social se originam como de caráter emergenciais, contudo, o que se pôde observar é que o Serviço Social em seu atendimento não fundamenta sua prática na ideologia da ajuda, e sim, na garantia dos direitos conforme preconiza o Código de Ética do assistente social.

Conclui-se que embora não dependa apenas do assistente social estas respostas satisfatórias, ressalta-se a importância de uma atuação de maneira comprometida a partir da reflexão da realidade, pautada no Projeto Ético Político Profissional e no Projeto de Reforma Sanitária, por um Sistema de Saúde cujos princípios sejam de universalidade, igualdade, integralidade e equidade.

Evidenciar os limites durante a produção da pesquisa se caracterizou no delimitar dos objetivos específicos, para começar a procura de fato de artigos e dissertações necessários para a construção do referencial teórico satisfatório sobre a pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMANAQUE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitári**a - Anvisa. ed. nº 1. Outubro, 2007.

AZEVEDO. S. R. **O Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí**. Revista HOLOS, Ano 32, Vol. 2, 2016.

BARROCO, M.L.S. **Código de ética do/a Assistente Social. Comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS** (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996) Portaria Nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Brasília: DF, 1996.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**.Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DF, 2011.

_____. **Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994**. – 35. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria-Executiva. Sistema Único de Saúde SUS / Princípios e Conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 55, de 24/02/1999. Brasília, 1999. Disponívelem:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>. Acesso em: 22 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006**. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html>. Acesso em: 22 nov 2018.

BRAVO, M. I; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

_____, SOUZA, M. I; MENEZES, J. S. B de. Saúde, **Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. (Org.). – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

CERVO, Amado L.; BERVIAN. Pedro A.; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CFESS. **Lei nº 8.662 de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília, 1993.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais – Brasília: DF – 2010.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social**. 10ª. ed. rev. e atual. Brasília, 2012.

COSTA, M.D. da. **Os serviços na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 2007.

COSTA, D. L**. A política nacional de saúde:** o assistente social e os desafios de uma ação interdisciplinar. UNOPAR. Novo Oriente – Ceará, 2017. Disponível:file:///C:/Users/win%2010/Desktop/razna/A%20política%20nacional%20de%20saúde_%20o%20assistente%20social%20e%20os%20desafios%20de%20uma%20ação%20interdisciplinar.%2020Artigos%20%20Conteúdo%20Jurídico%20(1).html . Acesso em: 20 jan 2019.

CUNHA , C. L. N da. **Serviço Social na Saúde:** os desafios para a garantia do acesso aos direitos sociais dos usuários. (Monografia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul . Faculdade de Serviço Social), Porto Alegre, 2010.

FERNANDES, L. A; GOMES, J. M. M. **Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação**. Porto Alegre, 2003.

FERREIRA, N. S. de A. **As pesquisas denominadas 'estado da arte'**. In: Revista Educação e Sociedade, no 79. Campina, SP: CEDES, p. 257-272, 2002.

FILHO, R. M. S et al. **Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúd**e. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ªEd. São Paulo, Atlas, 2010.

IAMAMOTO, M.V. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez; Lima, Per: CELATS 2008.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 21. ed São Paulo (SP): Cortez, 2013.

MANUAL TFD. **Secretaria da saúde do estado da bahia**. Superintendência de gestão dos sistemas e regulação da atenção à saúde. 2012.

MATOS, M. C de. **Serviço Social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. - São Paulo: Cortez, 2013.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

_____. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MINAYO, Cecília de Souza(org.). **Pesquisa Social-** Teoria, método e criatividade. 20 ed., Petrópolis, RJ. Editora Vozes, 1994.

MOTA, A. E. **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviço social de saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

RADIS. Revista Comunição e Saúde desde 1982. ENSP – FIOCRUZ – **Mais Médicos – Profissionais já estão em campo.**nº134. nov. 2013.

RAVAGNANI, C. L. C. **A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde**: direito garantido, não se compra, não se vende. Franca,2013.

ROSA, L. T. R. **O cotidiano de trabalho do assistente social na casa de apoio UNIFESP/CACAU**. Mestrado em Serviço Social- PUC, SP, 2016.

SÁ. E. G. L et al. **Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma análise dos serviços prestados no município de Petrolina-PE**. 2016.

SILVA, D. M da et.al. **A Atuação do Assistente Social no Acolhimento ao Paciente Oncológico. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Edição 8. Ano 02, Vol. 05. Pp 39-51, Novembro de 2017.

SILVA, J. K. dos S. **O Serviço Social na política de saúde:** entre avanços e desafios para uma prática crítica. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Campina Grande, 2017.

SIMÕES, C. **Curso de direito do Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SOARES, M. **Alfabetização no Brasil: o estado do conhecimento**. Brasília: INEP/MEC, 2000.

VASCONCELOS, A. M de. **A Prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 5. ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA

Tema: A atuação do (a) assistente social nos serviços de Tratamento Fora de domicílio-TFD: uma análise no município de Chapadinha/MA.

1. Como o serviço TFD funciona e como o usuário do sistema de saúde pode requerer o serviço no município de Chapadinha/MA?
2. Quais as atividades desenvolvidas no serviço de Tratamento Fora de domicílio- TFD no município de Chapadinha/MA?
3. Quais as principais demandas trazidas ao TFD do município de Chapadinha/MA? 4- Principais desafios encontrados para garantia dos direitos às pessoas que utilizam o serviço TFD no município de Chapadinha/MA?
4. Qual a relação do TFD com a rede de atenção à saúde?
5. Qual o trabalho desenvolvido pela assistente social no serviço TFD no município de Chapadinha/MA?
6. Quais os principais desafios no trabalho do assistente social no serviço TFD no município de Chapadinha/MA?
7. Cite algumas sugestões que vise à melhoria do atendimento do TFD no município de Chapadinha - MA?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o Sr(a) para participar da Pesquisa intitulada _____ sob a orientação da Professora_____.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de realização de entrevista. Se depois de consentir em sua participação o Sr(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, o Sr(a) poderá entrar em contato com a aluna responsável pela coleta de_____, pelo telefone (98)_____ou email:_____ _____.

Consentimento Pós–Informação

Eu,_____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação.

Por isso, eu concordo em participar do processo, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que será assinada por mim e pela pesquisadora.

Data:_____de_____de 2018.

_____

Assinatura do participante