FACULDADE DO BAIXO PARNAÍBA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

LUARA RODRIGUES DE ANDRADE
SILVETE MONTELES DO CARMO

QUAL A CONTRIBUIÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AOS ENTRAVES BUROCRÁTICOS NO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO- TFD NO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA-MA?

Chapadinha-MA
2019

LUARA RODRIGUES DE ANDRADE
SILVETE MONTELES DO CARMO

QUAL A CONTRIBUIÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AOS ENTRAVES BUROCRÁTICOS NO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO- TFD NO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA-MA?

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Faculdade do Baixo Parnaíba – FAP, para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Esp. Jarlene Lopes Nogueira

Chapadinha-MA
2019

A553q

Andrade, Luara Rodrigues.

Qual a contribuição do/a assistente social frente aos entraves burocráticos no programa Tratamento Fora do Domicílio-TFD no município de Chapadinha-MA? / Luara Rodrigues Andrade, Silvete Monteles do Carmo. - 2019.

94 f. : il.
Orientadora: Profª. Esp. Jarlene Lopes Nogueira.
Monografia (Graduação) – Curso de Serviço Social, Faculdade do Baixo Parnaíba, Chapadinha, 2019.

1. Acolhimento institucional. 2. Tratamento Fora do Domicílio-TFD. 3. Política de saúde. I. Carmo, Silvete Monteles do. II. Nogueira, Jarlene Lopes (Orientadora). III. Título.

CDU 364.022(812.1)

Elaborada por Anilde Silva Carvalho – CRB-13/691

LUARA RODRIGUES DE ANDRADE
SILVETE MONTELES DO CARMO

QUAL A CONTRIBUIÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL FRENTE AOS ENTRAVES BUROCRÁTICOS NO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO - TFD NO MUNICÍPIO DE CHAPADINHA-MA?

Monografia apresentada ao curso de Serviço Social da Faculdade do Baixo Parnaíba – FAP, para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Esp. Jarlene Lopes Nogueira (Orientadora)
Faculdade do Baixo Parnaíba

_____

Profª. Esp. Aylana Cristina Rabelo Silva

1° Examinador

_____

Profª. Msc. Conceição de Maria Sousa Batista Costa

2° Examinador

A Deus.

Aos nossos familiares.

Aos nossos amigos.

Aos sujeitos da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Deus, pela graça, sabedoria e entendimento concedido para escrever cada linha deste trabalho, por ser nossa força e não permitir que desistíssemos diante dos momentos difíceis que tivemos que superar.

Aos nossos familiares, Rayron (esposo), Robério e Cristina (pais), Joana (mãe) e Silvério (papai, *in memoriam*), nossos amigos/as, a todos que sempre acreditaram em nosso potencial, por suportar os momentos de estresse, por nos encorajar, pelo apoio incondicional, nosso muito obrigada.

Aos nossos colegas, por trilharmos juntos o caminho em busca do conhecimento até aqui, pelo aprendizado proporcionado pela vivência acadêmica, obrigada. Aos nossos professores/as, que estiveram conosco desde o início da caminhada. À querida professora Adriana Cunha, por ter sido nossa primeira referência enquanto profissional.

À querida Jarlene Lopes Nogueira, por ter nos acompanhado como coordenadora, professora e orientadora, somos imensamente gratas pela oportunidade em conviver, ser aluna e orientanda, obrigada por cada ensinamento, pela disponibilidade em nos atender sempre que precisávamos, pela bondade em aceitar a missão de nos orientar nesse trabalho, obrigada por tudo!

À diretora de ensino da Faculdade do Baixo Parnaíba, professora Noni Braga, pela bolsa disponibilizada através do PROFAP, oportunizando a realização do sonho do Ensino Superior. Às queridas assistentes sociais Cássia e Ana Lúcia Brito, que atuam no programa TFD, no município de Chapadinha, pela bondade em permitir que realizássemos nossa pesquisa nesse local, por contribuir com cada informação solicitada.

Aos sujeitos da pesquisa, que partilharam suas histórias de vida conosco, a vocês nosso respeito e empatia. À equipe da Casa de Apoio em São Luís, bem como o motorista da van responsável pelo translado dos pacientes do TFD, nosso muito obrigada por permitir que este também fosse nosso lócus de pesquisa. A todos independente de citar nomes, que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho, nosso muito obrigada.

“Sem investigação não há intervenção, é necessário a pesquisa. Não podemos nos contentar com o mundo como está, por isso que fazemos Serviço Social”

(Profª Leidinalva Miranda)

RESUMO

A atuação dos profissionais de Serviço Social na política de saúde é permeada por lutas pela consolidação do projeto da Reforma Sanitária, este prevê um SUS universal, que garanta igualdade na assistência à saúde, sem ações focalizadas. Dessa forma, a presente pesquisa visa analisar o acesso à saúde sob a ótica do princípio da universalidade, considerando o programa TFD como instrumento de universalização de acesso à política de saúde. Trata-se de estudo realizado na cidade de Chapadinha, estado do Maranhão, no setor onde funciona o programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD. O estudo objetivou identificar os entraves na execução do programa TFD e investigar qual a contribuição dos/as assistentes sociais frente aos obstáculos burocráticos identificados. A pesquisa tem natureza quanti-qualitativa, realizada por meio de pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo com aplicação de questionários junto a alguns pacientes inseridos no programa e assistentes sociais que atuam na execução do TFD. Para análise dos dados foi utilizado o método materialismo histórico dialético em Marx. Utilizou-se como referencial teórico, diversos autores tais como: Bravo (2012), Bravo (2009), Sousa (2018), Azevêdo (2015), Behring; Boschetti (2009), Faleiros (2006), Fleury (2009,Guerra (2000) e Iamamoto (2015). O resultado da pesquisa aponta que há necessidade de investimentos neste programa que tem sido para muitos pacientes a única garantia de acesso à saúde, mostra ainda a precariedade do ambiente de trabalho das assistentes sociais, desvalorização profissional e atuação tecnicista.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Programa Tratamento Fora do Domicílio. Universalidade. Assistente Social

ABSTRACT

The performance of the Social Service professioanals in the health policy is permeated by the struggle for the consolidation of the Project of Sanitary Reform, that provides for a SUS Universal which guarantees equality in health care, without focused actions. Thus, the main objective of this study was to analyse access to health under the perspective of the principle of universality considering the Treatment Out-of-Home Program (TFD) as a tool for the universalization of the access to health policy. It is a study carried out in Chapadinha, state of Maranhão, in the sector where the Treatment Out-of-Home program (TFD) works. The study aimed at identifying the barriers in the implementation of the program TFD and investigating the contribution of the Social Workers in front of bureaucratic obstacles that are identified. A quantitative-qualitative research conducted throught a bibliographical reasearch médium, and field research with application of questionnaries with group of patients enrolled in the program and Social Workers who work in the implenmentaion of the TFD. For the analysis of the data was used the dialectical historical materialism method in Max. As a theoretical reference, authors such as: Bravo (2012), Bravo (2009), Sousa (2018), Azevêdo (2015), Behring; Boschetti (2009), Faleiros (2006), Fleury (2009), Guerra (2000) e Iamamoto (2015). The result of the research points out that are a need of investimentments in this program which has been for manny patients the only guarantee of the access to health care and shows the precariousness of the work enviroment of the social workers, professional devaluation and technical performance.

Keywords: Social Service. Health. Out-of-Home Treatment Program. Universality. Social Worker.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Perfil dos pacientes do programa TFD, no município de Chapadinha-MA.....71
Gráfico 02 - Faixa etária dos pacientes do TFD.....72
Gráfico 03 - Principais tratamentos.....74
Gráfico 04 - Principais procedimentos.....75
Gráfico 05 - Tempo de inserção no programa TFD.....76
Gráfico 06 - Demonstrativo de pacientes que sabem que o programa TFD é um direito.....77
Gráfico 07 - Como conheceu o programa TFD.....78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pesquisa realizada no site Scielo.....17

Tabela 2 - Pesquisa realizada no site BDTD.....20

Tabela 3 - Pesquisa realizada no site CAPES.....21

Tabela 4 - Características dos sistemas de proteção social europeus..... 30

Tabela 5 - Evolução do sistema de proteção social brasileiro.....33

Tabela 6 - Evolução dos sistemas de saúde, 1930 – 1990.....49

Tabela 7 - Perfil sócio-econômico dos pacientes do programa TFD.....73

Tabela 8 - Percepção dos pacientes acerca da execução do programa TFD.....79

Tabela 9 - Avaliação dos pacientes acerca do trabalho das assistentes socais inseridas no TFD em Chapadinha.....81

Tabela 10 - Perfil das assistentes sociais que atuam na execução do programa TFD em Chapadinha.....83

LISTA DE SIGLAS

BNDS	Banco Nacional de Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPs	Centros de Atenção Psicossocial
CEMARC	Central de Marcação de Consultas e Exames
CEP	Código de Ética Profissional
e- SIC	Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão
EAD	Ensino à Distância
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
PBF	Programa Bolsa Família
PTFD	Programa Tratamento Fora do Domicílio
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....13
2 ANÁLISE DO PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA TFD: uma revisão bibliográfica.....15
2.1 *Scientific Eletronic Library Online- SCIELO*.....17
2.2 Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações- BDTD.....20
2.3 Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – CAPES.....21
3 BREVE HISTÓRICO DA SEGURIDADE SOCIAL.....25
3.1 Seguridade Social no Brasil.....30
3.2 Reforma Sanitária.....40
3.3 Criação do Sistema Único de Saúde – SUS.....43
4 INSERÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE.....47
4.1 Atuação do/a assistente social no programa TFD.....53
5 PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD.....58
5.1 Programa TFD, no município de Chapadinha-MA.....59
5.2 Chapadinha/MA, lócus da pesquisa.....65
6 METODOLOGIA.....68
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....71
7.1 Perfil dos pacientes do programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD, do município de Chapadinha-MA.....71
7.2 Percepção dos pacientes quanto à execução do programa TFD, no município de Chapadinha - MA......79
7.3 Percepção dos pacientes quanto ao trabalho das assistentes sociais.....81
7.4 Perfil das assistentes sociais que atuam no TFD no município de Chapadinha.....82
7.5 Entraves burocráticos na execução do programa TFD no município de Chapadinha.....84
8 CONCLUSÃO.....87
REFERÊNCIAS.....
APÊNDICES.....

1 INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Pública no Brasil foi instituída como direito de todos e dever do Estado, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e materializada através do Sistema Único de Saúde – SUS, proposto pela Reforma Sanitária e criado pela Lei 8.080/90. Desde sua criação enfrenta dificuldade de concretizar seus princípios e propostas, um dos princípios norteadores mais significativos é a universalidade, segundo o qual a saúde é para todos, sem distinção de raça, cor, gênero, questões socioeconômicas, enfim, o SUS é para todos.

A partir da criação do SUS, diversos programas e projetos foram criados com intuito de universalizar o acesso à saúde pública, dentre eles temos o programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD, regulamentado pela portaria federal, SAS 55/99, que tem alcançado os municípios mais longínquos do país, tornando o acesso à saúde uma realidade. Ainda que de forma precária, este tem sido a única saída para milhares de cidadãos que necessitam de atendimento médico especializado e não têm condições de arcar com os custos do deslocamento e estadia.

O município de Chapadinha, no estado do Maranhão, considerado de médio porte, não dispõe dos serviços de assistência à saúde de média e alta complexidade, aderiu ao programa TFD em 2006 e desde então encaminha os pacientes que carecem desse tipo de serviço à capital do estado, distante 243 km do município.

E foi este o munícipio escolhido como lócus da pesquisa, com temática definida após a realização de estágio supervisionado no setor que executa o programa TFD, observando o cotidiano de pacientes que buscavam acesso aos serviços de saúde pública, chamou atenção o fato do programa não apresentar condicionalidades, porém ser procurado em sua maioria absoluta por indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade social, além da pouca efetividade das ações estimulou e foi fator decisivo para realização da presente pesquisa.

Alguns autores foram utilizados para embasar o trabalho, Bravo (2012), Bravo (2009), grande defensora do SUS, Sousa (2018) e Azevêdo (2015) foram um dos poucos autores encontrados que tratam do programa TFD com tanta propriedade, Behring; Boschetti (2009), impossível falar de política social e não citá-las, bem como Faleiros (2006), Fleury (2009) trata da Reforma Sanitária e por fim, sobre a atuação

profissional, Guerra (2000) e Iamamoto (2015), dentre outros diversos autores que deram embasamento teórico à construção do presente trabalho.

Estabeleceu-se alguns objetivos e através de pesquisa realizada junto aos sujeitos, sendo eles as assistentes sociais que atuam na execução do programa e os pacientes, buscou-se identificar os entraves no acesso à saúde pública e a compreender qual a contribuição do/ a assistente social frente aos entraves identificados.

A pesquisa foi realizada através de aplicação de questionário com os pacientes e as assistentes sociais no setor onde funciona o programa TFD, alguns foram aplicados através de visitas nas residências e outros em visita à Casa de Apoio em São Luís. Os dados coletados foram essenciais para a compreensão da realidade dos pacientes e dos profissionais do Serviço Social que lutam cotidianamente para garantir acesso ao direito à saúde.

O presente trabalho de conclusão de curso foi organizado em oito capítulos, iniciando pela introdução. O capítulo dois apresenta uma pesquisa bibliográfica realizada em sites especializados com intuito de mostrar a produção acadêmica existente acerca do tema, o capítulo três traça um breve histórico da Seguridade Social, suas origens e qual sistema vigente no país. O capítulo quatro, traz a trajetória dos profissionais do Serviço Social na política de saúde, os desafios na atuação e contribuição para a apropriação da saúde enquanto direito, bem como a atuação no programa estudado.

O capítulo cinco mostra a trajetória do programa TFD no Brasil e no município de Chapadinha. Já o capítulo seis traz os caminhos percorridos para a realização da pesquisa, seguido do capítulo sete que apresenta os resultados e discussão da pesquisa, a que conclusões as pesquisadoras chegaram. O trabalho é finalizado com o capítulo oito, este apresenta a conclusão e aponta sugestões com intuito de contribuir com as profissionais no sentido de otimizar o trabalho e obtenção de maior alcance das ações.

Portanto, é de grande relevância a atuação dos sujeitos em prol da construção de suas histórias, é preciso estimular o protagonismo social e emancipação humana. O profissional do Serviço Social inserido na política de saúde, é essencial na garantia de acesso à saúde pública, e posse do princípio da dignidade humana.

2 ANÁLISE DO PAPEL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA TFD: uma revisão bibliográfica

O estado da arte é um processo de busca em sites de grande relevância acadêmica, com fins de verificar o que já foi produzido acerca da temática que se pretende pesquisar, para dessa forma, produzir um trabalho com maior nível de originalidade e ineditismo, além de contribuir com a ampliação da produção acadêmica. A busca pelo que já foi produzido é de grande importância no direcionamento da pesquisa, através da análise de teses, dissertações e artigos é possível definir o rumo da pesquisa atual para que esta seja, de fato, inédita.

A realização da pesquisa em *sites* especializados, tem como finalidade apresentar as produções acadêmicas relacionadas à política da saúde, o princípio da universalidade, programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD e os entraves no acesso a esse programa fundamental na garantia de acesso à política de saúde e como o profissional do Serviço Social pode contribuir frente a esses entraves que serão especificados ao longo da pesquisa.

Desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, tendo como palavras-chave: Saúde e assistente social, assistente social e TFD, saúde e universalidade. Conforme salienta Ferreira (2002), o estado da arte tem grande importância para o desenvolvimento da pesquisa tendo em vista que é necessário

> [...]conhecer o já construído e produzido para depois buscar o que ainda não foi feito, de dedicar cada vez mais atenção a um número considerável de pesquisas realizadas de difícil acesso, de dar conta de determinado saber que se avoluma cada vez mais rapidamente e de divulgá-lo para a sociedade, todos esses pesquisadores trazem em comum a opção metodológica, por se constituírem pesquisas de levantamento e de avaliação do conhecimento sobre determinado tema. (FERREIRA, 2002, p. 259)

Assim, a busca em *sites* especializados permite ao pesquisador construir estudo com maior nível de originalidade, a escolha destes sítios justifica-se tendo em vista que as pesquisas já realizadas em sua maioria são disponibilizadas nesses *sites* e repositórios institucionais, recomendados ainda com base no respeitado nível acadêmico.

Por se tratar da primeira turma do curso de Serviço Social da Faculdade do Baixo Parnaíba- FAP, não há registros de trabalhos dessa área ainda no repositório

desta instituição, dessa forma o presente trabalho contribuirá de forma significativa com a produção acadêmica.

Desta forma a busca foi realizada no período compreendido entre outubro a novembro de 2018, nos seguintes sites: *Scientific Eletronic Library Online- SCIELO*, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações- BDTD e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior - CAPES, foram analisadas produções dos últimos 05 (cinco) anos.

As palavras-chave utilizadas foram as seguintes: saúde e assistente social, assistente social e Programa Tratamento fora do Domicílio- TFD, serviço social e universalização.

Foram utilizados diversos filtros disponíveis na plataforma de cada site, objetivando maior aproximação com o tema da pesquisa, não obtendo, porém, grandes resultados, o que por si só denota o caráter singular da presente pesquisa. Os artigos, teses e dissertações encontrados tem pouca relação com o tema, instigando ampliação a do universo da pesquisa e seguir na temática escolhida na certeza de contribuir com a comunidade acadêmica com mais uma produção de conhecimento.

Os resultados serão apresentados em tabela, mostrando os sites pesquisados e a quantidade de produções encontradas, importante ressaltar que foram pesquisadas produções de conhecimento apenas na língua vernáculo brasileira e serão apresentados apenas aqueles que têm relação com o tema estudado.

Nos sites pesquisados foram analisadas palavras-chave, temática estudada, resultados, objetivos, metodologia e conclusão, as palavras-chave utilizadas foram as mesmas nas três plataformas, porém, apresentaram resultados diferentes.

2.1 Scientific Eletronic Library Online- SCIELO

Tabela 01 – pesquisa realizada no site Scielo

Scientific Eletronic Library Online- SCIELO	**Qt. de artigos**
Palavras-chave:	-
Saúde e assistente social	01
Assistente social e Programa Tratamento fora do Domicílio- TFD	00
Serviço social e universalização	02

Fonte: Criado pelas autoras, 2018.

Foram utilizadas as palavras-chave: saúde e assistente social, assistente social e Programa Tratamento fora do Domicílio- TFD e serviço social e universalização. Os resultados obtidos considerados relevantes para a presente pesquisa foram os seguintes, para a palavra-chave “serviço social e universalização”, foram encontrados 02 (dois) artigos, utilizando a palavra-chave “assistente-social e serviço social” foi encontrado 01(um) artigo.

O artigo A UNIVERSALIZAÇÃO E O ACESSO À SAÚDE: consensos e dissensos entre profissionais e usuários de autoria de 06 (seis) autores, Oliveira. et.al, (2017), trata-se de pesquisa realizada com usuários do Sistema Único de Saúde-SUS e profissionais que atuam na área, objetivando analisar o acesso à saúde pública antes e depois da implantação do SUS, em que este é parte das reinvindicações da Reforma Sanitária na perspectiva de que saúde é direito de todos e dever do Estado, os resultados apontam dificuldades na implementação do SUS, mas também considera que é uma conquista a implantação desse sistema ainda que tenha muito a avançar.

Conforme destacam os autores,

> Na Constituição Federal de 1988 foi incorporado o direito à saúde como direito de todos e sua garantia como dever do Estado, através de políticas econômicas e sociais direcionadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário aos serviços e ações para sua promoção, proteção e recuperação. Apesar disso, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). (OLIVEIRA et.al 2017 p.484)

Dessa forma, buscou-se analisar a saúde enquanto direito garantido pela Constituição de 1988, regido pelo princípio da universalidade comparando com a política de saúde à época do INAMPS que era restrita aos trabalhadores formais, apesar das conquistas, a exclusão e a fragmentação das políticas sociais voltadas para a saúde é bem visível.

Para obtenção dos resultados foram realizadas pesquisas por meio de entrevistas semi-dirigidas nos anos de 2009 e 2010 em hospitais federais, estaduais e municipais e instituição filantrópica, com 102 profissionais que já atuavam nestes espaços desde a época do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, política de saúde anterior ao Sistema Único de Saúde-SUS, bem como 104 pacientes atendidos nessas unidades no mesmo período até o período da pesquisa.

Os autores concluem que o acesso à saúde varia de acordo com cada município brasileiro, no entanto o perfil atual do SUS é uma conquista, tendo em vista a limitação de acesso à época do INAMPS, em que apenas trabalhadores formais e até 3 (três) membros da família eram beneficiados tornando o acesso restrito e não universal.

O segundo artigo considerado relevante tem como tema “Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos,Sousa (2014). Trata-se de pesquisa bibliográfica e documental realizada nos anos de 2012 e 2013 a partir da hipótese de que a negação de acesso à saúde está ligada ao processo de mercantilização do sistema de saúde, no intuito de mostrar as contradições existentes entre a universalidade de acesso à saúde e os entraves, seja falta de vagas, insuficiência de estrutura, recursos escassos ou profissionais insuficientes, o que pode terminar por “invalidar” esse princípio. Universalidade segundo a autora é,

> A universalização da saúde constitui um dos ideários do movimento sanitário que foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, compondo os princípios básicos do SUS. Parte do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e que o Estado deve projetar mecanismos institucionais que garantam o acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos, sendo efetivada pelo sistema público. Esta concepção expressa uma recusa da abordagem da saúde como mercadoria. (SOUSA, 2014, p. 228)

Assim, em conformidade com esse princípio, o Estado deverá prover maneiras de tornar o acesso à saúde pública comum a todos indistintamente, sem exigência de contribuição ou taxa, eliminando a perspectiva da mercantilização da saúde. A autora ressalta que um dos maiores entraves na garantia de acesso universal à saúde é a focalização “a universalização cruza com seu contraditório: a focalização. Se na primeira, todos têm direito ao acesso, na segunda, os recursos são seletivos, a política compensatória e o acesso restrito, direcionado aos mais necessitados, mais carentes, mais pobres”. (SOUSA, 2014, p. 228)

O estudo conclui que a expansão do setor privado na saúde contribui diretamente para o processo de negação de acesso, tornando inviável o princípio da universalidade, segundo o qual a saúde é direito de todos e dever do Estado provê-la. A redução de recursos e precarização dos serviços seria proposital em especial após a Reforma do Estado iniciada na década de 90, dessa forma, o acesso à saúde pública de qualidade fica cada vez mais distante da realidade.

A pesquisa realizada com as palavras-chave, saúde e assistente social foi encontrado 01 (um) artigo, este de autoria de Costa (2000), intitulado “O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos/as assistentes sociais” que trata da inserção e contribuição dos profissionais do serviço social na saúde. Os resultados obtidos decorreram de pesquisa realizada com finalidade de subsidiar uma dissertação de mestrado da autora, realizado junto aos serviços públicos de Natal/RN.

A autora aborda a importância desse profissional na mediação junto ao cidadão no acesso à política de saúde, tendo em vista que os indivíduos que realmente buscam esse tipo de serviço são aqueles com pouco ou nenhum recurso financeiro, conforme mostra a autora:

> Trata-se, portanto, de uma atividade ocupacional que particulariza sua inserção no conjunto dos processos de trabalho na saúde, prioritariamente em função dos segmentos excluídos social e culturalmente. Isto significa que as principais situações-objeto da intervenção do Serviço Social são aquelas que envolvem os excluídos, os "inaptos" os incapazes de receber, total ou parcialmente, o atendimento das unidades (COSTA, 2000, não paginado).

A pesquisadora conclui que o/a assistente social inserido nesse espaço sócio-ocupacional tem grande relevância na consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, e apesar de enfrentar inúmeros entraves na execução da atividade profissional tais como a redução de investimentos no SUS e ausência de condições de trabalho é

ele que tem a capacidade de articular as demais políticas de modo a promover a integralidade das políticas em prol do acesso aos direitos, para de sorte venha a garantir um mínimo de dignidade humana.

2.2 Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações- BDTD

Tabela 02– pesquisa realizada no site BDTD

Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações- BDTD	**Qt. de teses/ dissertações**
Palavras-chave	-
Saúde e assistente social	02
Assistente social e Programa Tratamento fora do Domicílio- TFD	01
Serviço social e universalização	00

Fonte: Criado pelas autoras, 2018.

Este site reúne teses de doutorado e dissertações de mestrado dos mais diversos repositórios institucionais nacionais e internacionais, para esta pesquisa foram utilizados apenas aquelas publicadas no Brasil nos últimos 05 (cinco) anos, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: saúde e assistente social, assistente social e Programa Tratamento fora do Domicílio- TFD e serviço social e universalização.

Os resultados obtidos, conforme mostra a tabela 02, são apenas aqueles considerados semelhantes e adequados ao tema estudado, foram selecionados 2 (duas) produções, sendo uma tese de doutorado e uma dissertação de mestrado. Inicialmente será analisado a tese intitulada “PROMOÇÃO DA SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: uma análise do debate profissional” de autoria de Vasconcelos, publicado no ano de 2013.

A autora analisou periódicos da área do serviço social e os anais publicados pelos Congressos Brasileiro de Assistentes Sociais – CBAS, cerca de 112 artigos, objetivando compreender qual a relação entre a promoção da saúde e a profissão de Serviço Social. A autora aborda ainda a ressignificação da profissão e seu lugar na

consolidação do SUS, discute ainda a relação direta entre o assistente social e a promoção de saúde (VASCONCELOS, 2013).

Dessa forma, chega à conclusão que os/as assistentes sociais podem contribuir de forma significativa com a promoção da saúde idealizada pela Reforma Sanitária Brasileira, ademais, é necessário aprofundamento de estudos acerca da inserção desse profissional nessa área, a pesquisadora é otimista ao afirmar que a área da Promoção em Saúde (PS), tornar-se "campo por excelência" da atuação profissional, dada a possibilidade de contribuir com o acesso aos direitos sociais e promoção da transformação social.

2.3 Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – CAPES

Tabela 03 – pesquisa realizada no site CAPES

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – CAPES	**Qt. de teses/ dissertações**
Palavras-chave:	-
Saúde e assistente social	0,0
Assistente social e Programa Tratamento fora do Domicílio- TFD	03
Serviço social e universalização	0,0

Fonte: Criado pelas autoras, 2018.

A partir da busca realizada neste site, foram obtidos um total de 03 (três) dissertações de mestrado utilizando as palavras-chave, assistente social e Programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD.

A dissertação de mestrado O COTIDIANO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA CASA DE APOIO UNIFESP/CACAU, de autoria de Rosa, publicada em 2016, objetivou conhecer a realidade de alguns usuários do Programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD. O lócus da pesquisa foi uma Casa de Apoio de São Paulo, em que pacientes e acompanhantes frequentam a mais de uma década.

Através de pesquisa qualitativa e entrevistas com esses usuários, chegou-se aos resultados da pesquisa, em que a autora aponta a importância do programa

TFD na garantia de acesso à saúde, em alguns casos o único meio de acesso aos tratamentos necessário ao restabelecimento da saúde.

Apesar do valor dos repasses serem ínfimos diante da necessidade e dificuldade para manter o tratamento fora da cidade e estado de origem, é este que possibilita o acesso aos tratamentos de média e alta complexidade indisponíveis na cidade de origem dos usuários.

Consoante a autora

> [...] o SUS, na intenção de possibilitar o atendimento médico especializado, sistematizou através de portaria SAS nº 55, de 24/02/1999, pelo Ministério da Saúde, e normatizou o Tratamento Fora do Domicílio, tornando-o um instrumento legal na garantia de acesso de pacientes a outras unidades de saúde para a realização de tratamento médico fora de sua região de abrangência, quando esgotados todos os meios de tratamento no local de residência e/ou região e estado. (ROSA, 2016, p.41)

Dessa forma, conclui-se que nem todos os usuários do programa tiveram pleno acesso à saúde, o TFD contribui com o processo de universalização da saúde, mas que há uma exigência de maiores investimentos no SUS, para que o SUS ideal se torne o SUS real, idealizado pela Reforma Sanitária.

A dissertação de mestrado intitulada TENSÃO, LIMITES E POSSIBILIDADES: assistentes sociais no cotidiano do Programa Tratamento Fora do Domicílio na região de saúde de Alagoinhas/BA de autoria de Santos, publicada no primeiro semestre de 2018, analisou o cotidiano dos/as assistentes sociais que atuam no Programa Tratamento Fora do Domicílio-TFD, de modo específico na região de saúde de Alagoinhas no estado da Bahia, como estes profissionais têm apresentado respostas às demandas que surgem diariamente, frente à focalização de acesso à saúde pública, característica do sistema neoliberal que rege o país. Além disso a autora analisou também se a ação dos profissionais de Serviço Social atuantes na área, estavam de acordo com a legislação que rege a profissão.

A metodologia utilizada foi entrevista semiestruturada, utilizando-se de informações de documentos através de pesquisa qualitativa e observação sistemática, para analisar os dados foi utilizado o método materialismo histórico e dialético. A pesquisadora afirma que os estudos acerca da atuação do profissional de Serviço Social no Programa TFD, ainda são muito tímidos e lamenta a insuficiência de produção de conhecimento acerca da atuação neste programa,

> No que tange, necessariamente, a intervenção dos assistentes sociais não encontramos na literatura uma produção sistematizando a prática profissional do assistente social nesse benefício, podendo essa inserção ser percebida quando lemos, ouvimos ou assistimos matérias nos meios de comunicação apontando o TFD como sendo um dos recursos que os assistentes sociais têm mobilizado no atendimento ao direito e a saúde dos usuários, o que demonstra a ausência de uma literatura especializada.(SANTOS, 2018, p. 99).

A escassez de produção científica acerca da atuação profissional neste programa contribui para a prática desregulada, apesar do esforço dos profissionais em manter-se de acordo com os princípios éticos mencionados no Código de Ética Profissional e atribuições definidas de forma genérica na Lei de Regulamentação da Profissão. Vale ressaltar que a dissertação em apreço foi publicada recentemente, no primeiro semestre desse ano, e, portanto, essa é uma realidade que deve se lutar para superar, tendo em vista que não é particular da região estudada, mas segundo a autora perpassa o país, são situações cotidianas que os profissionais vivenciam.

Sobre a atuação profissional no programa TFD, a autora retrata os dilemas vividos pelos/as assistentes sociais entre atender os interesses dos usuários e o interesse do seu empregador, o Estado. Sendo assim,

> Na conjuntura atual, o profissional de Serviço Social vive um cotidiano de disputas entre projetos de sociedade, a exemplo, àquele direcionado pelo seu compromisso ético-político na defesa dos direitos universalizados, assim articulados ao projeto contra-hegemônico da saúde, sob as diretrizes do atual modelo SUS e de outro, pressionado pelo projeto neoliberal a atuar numa perspectiva de focalização do acesso à saúde, propondo a mercantilização do acesso pela via do setor privado. (SANTOS, 2018, p.29).

Os resultados da pesquisa apontam que os/as assistentes sociais atuantes no programa TFD na região estudada enfrentam condições de trabalho precárias, insegurança com os vínculos empregatícios, situações que dificultam o exercício profissional de acordo com os princípios éticos dispostos no Código de Ética Profissional, as respostas dadas às demandas são no geral imediatistas, desfavorecendo a reflexão e emancipação humana. Convivem diariamente com demandas institucionais impostas, que nem sempre condizem com as atribuições

previstas na Lei de Regulamentação, enfim, são inúmeros os dilemas vividos por esses profissionais no exercício da profissão

3 BREVE HISTÓRICO DA SEGURIDADE SOCIAL

O termo Seguridade Social surge no Brasil de forma mais ampla a partir da Constituição Federal de 1988, porém sua origem data de cerca de um século antes da Carta Magna de 1988, o termo vem da palavra inglesa *social security*, ou, segurança social, conforme Silva (2007) e refere-se à proteção dos indivíduos em situação de vulnerabilidade social. É fruto das reivindicações dos trabalhadores que organizados através de sindicatos buscaram proteção social.

> A expressão *segurança social-social security* no inglês, *seguridade social*, no espanhol, *seguridade social*, na Constituição Federal de 1988 – refere-se à proteção social ao cidadão em face do risco, da desvantagem, da dificuldade, da vulnerabilidade, da limitação temporária ou permanente e de determinados acontecimentos previsíveis ou fortuitos nas várias fases da vida. Uma responsabilidade do conjunto da sociedade, na esfera do interesse público (SILVA, 2007, p.32).

Silva (2010) define Seguridade Social como um programa voltado para os indivíduos em situação de vulnerabilidade social e, portanto, carentes da intervenção estatal na garantia de mínimo de dignidade humana, tratando-se de

> [...] um programa de proteção, baseado em uma legislação, contra a doença, o desemprego, a morte da pessoa que representa a fonte de renda da família, a velhice, a dependência por algum tipo de deficiência, os acidentes ou contigências (SILVA, 2010, p.56).

Para adentrar na concepção dos sistemas de proteção social é imprescindível um retorno ao histórico das grandes crises capitalistas, para que haja maior compreensão da ascensão dos movimentos sociais e consequentemente das greves e reivindicações por melhorias na qualidade de vida da classe trabalhadora.

Por volta da segunda metade do século XIX, a exploração, característica própria do sistema capitalista, atingia níveis cada vez mais extenuante, a apropriação da mais valia, exploração da força de trabalho exacerbada de mulheres, crianças e idosos, ausência de condições de trabalho eram gritantes, (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

Uma das mais expressivas crises vivenciadas pelo capital foi sem dúvida, a conhecida Grande Depressão, ocorrida entre 1929-1932, tendo início nos EUA, e atingiu vários países em que a taxa de lucros caiu drasticamente, sem o qual o capitalismo perde o sentido de sua existência, o aumento das desigualdades sociais,

organização da classe operária e consequente paralisações e greves, obrigou a burguesia a contra-atacar através de mecanismos de contenção das massas.

A reação seria inevitável diante do quadro de extrema pobreza e subalternidade, em um contexto em que a classe trabalhadora ganha força através da organização em sindicatos e busca saídas, isso através do enfrentamento das desigualdades sociais, afinal, a classe burguesa precisava conter as massas.

> A luta de classes irrompe contundente em todas as suas formas, expondo a questão social: as lutas dos trabalhadores com greves e manifestações em torno da jornada de trabalho e também sobre o valor da força de trabalho[...] (BEHRING;BOSCHETTI, 2011, p.54)

Utilizando-se de vários mecanismos de controle, dentre eles a legislação fabril, uma das reivindicações dos representantes da classe trabalhadora era a redução da jornada de trabalho de 12 para 10 horas, o que foi prontamente atendido, conforme bem salienta Behring e Boschetti (2011, p.56) “[...] a legislação fabril pode ser compreendida como precursora do papel que caberá ao Estado na relação com as classes e os direitos sociais no século XX.” É notável, a reação do Estado com fins de proteger a classe patronal, as medidas adotadas além de desmobilizar os movimentos sociais, garantia estabilidade ao sistema capitalista.

Acerca dos sistemas de proteção social Boschetti (2009), afirma que passou a se falar em seguridade social a partir do governo de Otto Von Bismark, 1883 na Alemanha, em resposta às pressões dos trabalhadores através de greves e paralisações.

> O chamado modelo bismarckiano é considerado como um sistema de seguros sociais, porque suas características assemelham-se às de seguros privados: no que se refere aos direitos, os benefícios cobrem principalmente (e às vezes exclusivamente) os trabalhadores, o acesso é condicionado a uma contribuição direta anterior e o montante das prestações é proporcional à contribuição efetuada; quanto ao financiamento, os recursos são provenientes, fundamentalmente, da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários; (BOSCHETTI,2009, p.02)

Nota-se o caráter contributivo e seletivo presente nesse sistema, voltado para o atendimento dos trabalhadores e suas famílias, assemelhando-se aos seguros privados (BEHRING, BOSCHETTI,2011). O desconto era feito diretamente na folha dos rendimentos salariais, considera-se uma vitória, tendo em vista que atendia parte das reivindicações da classe trabalhadora.

Behring e Boschetti, afirmam que

> Essa “novidade” na intervenção estatal, no contexto de presença marcante da social-democracia alemã no parlamento e nas lutas sociais, marcaria o reconhecimento público de que a incapacidade para trabalhar devia-se a contigências (idade avançada, enfermidades, desemprego) que deveriam ser protegidas. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.64)

Assim, com a criação desse sistema de seguro o Estado reconhece, ainda que de forma indireta, a necessidade de amparo àqueles que não tinham como se manter no mercado pelos fatores citados, apesar do caráter seletivo, a concessão dos benefícios foram consideradas um grande avanço para as classes subalternas.

Os recursos retidos das folhas de pagamentos eram então geridos pelo Estado, com participação de patrões e empregados na contribuição, visava amparar o trabalhador em casos de desemprego, dessa forma nasce o primeiro modelo de proteção social do mundo, sendo adotado como modelo por diversos países, dentre eles o Brasil em 1923 instituído pela Lei 4682/1923, também conhecida como Lei Elói Chaves. Os recursos arrecadados eram geridos através de caixas, classificadas por tipo de risco social: caixas de aposentadorias, caixas de seguro-saúde, etc., geridos por patrões e empregados (BEHRING, BOSCHETTI,2011).

Segundo Gerschman (2011, p.120), o Estado cria as políticas sociais como resposta às massas de modo a acalmar os ânimos, não há intenção de reduzir as desigualdades sociais, “[...] o Estado deve intervir, para contrarrestar os efeitos nocivos do mercado e provê de seguridade social as camadas sociais desprotegidas, eliminando as grandes desigualdades sociais.” A luta pela garantia de direitos fundamentais e básicos, perpassa gerações, em que o Estado tenta de todas as formas se eximir de sua responsabilidade, sendo cobrado pela classe trabalhadora através de mobilizações e greves. Historicamente cada direito conquistado é fruto de intensas lutas, a luta pela efetivação continua após a sansão de cada legislação, como mostra Couto (2010).

> Os direitos sociais possuem caráter redistributivo, buscam promover a igualdade de acesso a bens socialmente produzidos, a fim de restaurar o equilíbrio para a coesão social. Partem de aspirações ideais que, ao serem proclamadas, não dão garantias de seu usufruto, pois o direito reivindicado não se traduz necessariamente em direito reconhecido e protegido. (COUTO,2010, p.48)

Além de conquistar os direitos reivindicados, ainda há um longo processo até a materialização de tal direito, momento em que este se torna efetivado no cotidiano do sujeito.

Na contramão do sistema de seguros bismarckiano, a partir da Segunda Guerra Mundial surge um sistema de proteção social de caráter universal, em que todos teriam pleno acesso aos bens e serviços oferecidos, surgia o Plano Beveridge. Uma de suas propostas era o *Welfare State*, sistema esse que segundo Boschetti(2009), previa a universalidade de acesso, sem condicionalidades de acesso e financiado através da arrecadação de impostos.

Behring e Boschetti (2011) acerca desse sistema de proteção social, destacam as principais características que o diferenciam do sistema bismarckiano, dando ênfase na responsabilidade do Estado em provê “mínimos” sociais.

> Nesse sistema de proteção social, os direitos são universais, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos (testes de meios), e o Estado deve garantir mínimos sociais a todos em condições de necessidade. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.97)

A partir desse modelo de proteção social, há mudanças significativas no trato do Estado com as classes menos favorecidas, passa a assumir a responsabilidade com as classes subalternas, uma vez que os menos favorecidos, aqueles que estão em situação de pobreza. Esse sistema foi considerado paternalista, por aqueles que eram contrários à essas medidas. O sistema de proteção social conhecido como beveridgiano, trouxe caráter de direito às conquistas dos trabalhadores.

> [...] as políticas sociais passam a ampliar a idéia de cidadania e desfocalizar suas ações, antes direcionadas apenas para a pobreza extrema. Em sua interpretação ocorre uma mudança na relação do Estado com o cidadão em quatro direções: a) o interesse estatal vai além da manutenção da ordem, e incorpora a preocupação de atendimento às necessidades sociais reivindicadas pelos trabalhadores; b) os seguros implementados passam a ser reconhecidos legalmente como conjunto de direitos e deveres; c) a concessão de proteção social pelo Estado passa a ser recurso para o exercício da cidadania; e d) ocorre um forte incremento de investimento público nas políticas sociais[...] (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64)

Há diferenças substanciais entre os dois modelos de proteção social, enquanto o primeiro exigia do beneficiário contribuição prévia, destinado a algumas parcelas da sociedade, o segundo é de caráter universal, e, portanto, para todos. O

que se assemelha, no entanto, é a forma como surgiu, sempre precedido pela pressão popular, através de mobilização da classe trabalhadora, em um contexto de crises cíclicas do sistema capitalista.

> O chamado “consenso” do pós-guerra (Misha,1995) permitiu o estabelecimento de uma aliança entre classes, o que só viabilizou-se devido ao abandono, por parte da classe trabalhadora, do projeto de socialização da economia. As alianças entre partidos de esquerda e direita também asseguraram o estabelecimento de acordos e compromissos que permitiram a aprovação de diversas legislações sociais e a expansão do chamado *Welfare State*. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.92)

As autoras afirmam que houve um consenso entre as classes trabalhadora e patronal e dessa forma, possibilitou a aprovação de legislação social que “beneficiou” a classe trabalhadora, fora concedido então, os mínimos sociais, as reivindicações tinham enfoque no combate à pobreza.

Influenciado pelo Keynesianismo, o Estado de Bem - Estar Social, como ficou conhecido, defendia que o Estado deveria provê meios de regulação da economia, estimulando o consumo. Pregava a política do pleno emprego, e maior igualdade social conquistada através do aumento da renda, investimento na criação e melhoria dos serviços públicos e criação de um fundo que serviria para tempos de crise e recessão. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011)

Características dos sistemas de proteção social Plano Beveridge e Bismarkiano, (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Tabela 04- Características dos sistemas de proteção social europeus.

Sistema de Proteção Bismarkiano	**Plano Beveridgiano**
Contributivo.	Livre de contribuição.
Voltado para categorias específicas, contribuintes e suas famílias.	Universal.
Gerido pelo Estado com participação de patrões e empregados.	Gerido pelo Estado.
Financiado pelas contribuições dos patrões e empregados.	Financiado através da arrecadação de impostos.
Conquistada através das lutas de classe.	Conquistada através das lutas de classe.
Ações de cunho assistencialistas.	Concebido como direito.
Originado na Alemanha.	Originado na Inglaterra.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

O quadro retrata as principais características dos dois sistemas de proteção social, ambos criados em um contexto de crescimento e organização das massas e consequente pressão popular. Apesar de ter intenção de contê-las, as conquistas foram significativas, tendo inclusive adesão de diversos países, vale ressaltar que cada país implementou as medidas de uma forma, o surgimento da política social em cada país apesar de ser no mesmo contexto de intensas lutas, teve características distintas.

3.1 Seguridade Social no Brasil

Os países foram paulatinamente implementando seus sistemas de proteção social, em um mesmo contexto de exploração extenuante do sistema capitalista e consequente reação das classes trabalhadoras em busca de mínimos sociais. Ressalta-se que cada país teve um ritmo de implantação diferente.

> Compreender as inúmeras determinações que incidiram sobre a discussão da implementação dos direitos sociais, sejam eles econômicos, culturais, políticas e/ou sociais, é fundamental para identificar os elementos que têm contribuído para dar materialidade a esses direitos. Sua definição é um produto social histórico e, portanto, inacabado, trazendo na sua configuração matizes das possibilidades postas na luta cotidiana das populações no enfrentamento das mazelas geradas pelo capitalismo. (COUTO,2010, p.52)

No Brasil foi adotado um sistema inspirado nos dois modelos europeus, sendo eles, o modelo bismarckiano – perceptível na previdência social, por assemelhar-se aos seguros privados e beveridgiano, mais específico na política de saúde, através do princípio da universalidade.

Sobre a gênese da seguridade social no Brasil, Mota (2006, p. 01) afirma que esta foi "Erigida no campo de luta dos trabalhadores, ela é sempre e continuamente objeto de investidas do capital no sentido de "*adequá-la*" aos seus interesses." O neoliberalismo predominante na forma de governar o país, não poderia deixar de beneficiar o sistema capitalista de forma que os mínimos sociais adquiridos são fruto de intensas lutas por parte da classe operária e concedidos como forma de reduzir a tensão das classes. Elaine Behring (2009), confirma a influência dos modelos de proteção social alemão e inglês na elaboração do sistema de proteção social brasileiro,

> No Brasil, os princípios do modelo bismarckiano predominam na previdência social, e os do modelo beveridgiano orientam o atual sistema público de saúde (com exceção do auxílio doença, tido como seguro saúde e regido pelas regras da previdência) e de assistência social, o que faz com que a seguridade social brasileira se situe entre o seguro e a assistência social (BEHRING, 2009, p.03)

Dessa forma, o sistema de proteção social brasileiro, adotou os modelos mais populares da Europa – bismarckiano e beveridgiano - não tendo, porém, resultado semelhante. Bering (2009), ressalta que cada país que adotou, em especial o Welfare State, sob influência do sistema beveridgiano, obteve resultados diferentes de modo que só se pode afirmar que os resultados mais efetivos ocorreram na Europa, em que houve pleno Estado de Bem- Estar Social, de fato, pois as conquistas foram efetivadas no cotidiano dos sujeitos.

> A sua consolidação aconteceu de maneira diversa, uma vez que em países onde os trabalhadores tinham forte estrutura sindical, foi possível avançar mais concretamente na área dos direitos. Em compensação, nos países de

> baixa mobilização, e nele estão incluídos os de economia periférica como o Brasil, a proteção social teve grandes dificuldades de se constituir como sistema. (COUTO, 2010, p.67)

Conforme se depreende do estudo de Couto (2010), a implantação da proteção social no Brasil inicialmente não se constituiu como direito, possivelmente porque as grandes mobilizações nacionais só tiveram solo fértil nas décadas de 80, momento em que os metalúrgicos organizaram-se em sindicatos e avançaram nas reivindicações que se tornaram direitos garantidos constitucionalmente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF/88) antes disso o que se tinha eram ações de cunho assistencialista.

Sposati (2013, p.654) sobre a constituição do sistema de proteção social brasileiro, faz as seguintes considerações: "[...]as atenções de proteção social, os dispositivos e regras que a regem, sua gestão e processos de trabalho são submetidos a múltiplas racionalidades geradoras de formas truncadas, parciais, desarticuladas de respostas às desproteções sociais."

Na década de 1930 com a crise mundial do sistema capitalista, conhecida como a Grande Depressão, o Brasil também não ficou imune à essa crise, a queda nas exportações de café, carro chefe da economia à época, foi o grande propulsor da crise vivenciada (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

As primeiras manifestações acerca da elaboração de legislação social no Brasil data de cerca de um século antes da promulgação da Constituição Federal de 1988. Em 1888, a primeira medida efetiva voltada para a instituição da proteção social, conforme relata Behring e Boschetti (2011, p.79) deu-se através da "criação de uma caixa de socorro para a burocracia pública, inaugurando uma dinâmica categorial de instituição de direitos que será a tônica da proteção social brasileira até os anos 60[...]." A partir de então a classe trabalhadora avança com pequenas, mas significativas conquistas como enumera Elaine Behring e Ivanete Boschetti, (2011, p.79-81).

Abaixo é traçado a evolução das tímidas conquistas da classe trabalhadora, como deixa claro Behring e Boschetti (2011, p.79) são medidas "[...] esparsas e frágeis de proteção social."

Tabela 05 – Evolução do sistema de proteção social brasileiro.

ANO	BENEFÍCIO	CLASSE BENEFICIADA
1889	15 dias de férias e direito à pensão	Ferroviários e funcionários da Imprensa Nacional.
1891	Regulamentação do trabalho infantil, assistência à infância.	Crianças.
1892	Direito à pensão.	Funcionários da Marinha.
1903	Formação dos primeiros sindicatos da agricultura e indústrias rurais.	Funcionários das indústrias rurais e agricultores.
1907	Reconhecido direito à organização sindical e formação dos sindicatos urbanos.	Trabalhadores urbanos.
1911	Redução da jornada de trabalho para 12hs/ dia.	Operários.
1919	Regulamentação acerca dos acidentes de trabalho.	Operários.
1923	Criação da Lei 4682/23 - Lei Eloy Chaves, obrigava a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPs.	Ferroviários e marítimos.

Fonte: Criado pelas autoras, 2018.

A tabela mostra claramente que as medidas foram implementadas lentamente e que após a organização das classes em sindicatos é que advêm a redução da carga horária e legislação que trata dos acidentes de trabalho, ressalte-se que no entanto, nem todas as conquistas saíram do papel.

As autoras Behring e Boschetti (2011, p. 81) reforçam o fato de que “o nosso liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva.” O capitalista sempre procura oportunidade em cada medida para se beneficiar de alguma forma. Mota (2006) corrobora com esse entendimento e afirma que sempre há tentativas de adequar as propostas aos seus interesses em especial como forma de desmobilizar as classes através de pequenos

“benefícios”. A seguridade social ao longo dos anos foi readequada para atender aos interesses do grande capital.

> A lógica da sociedade do capital é antagônica à proteção social por considerá-la expressão de dependência, e atribui às suas ações o contorno de manifestação de tutela e assistencialismo, em contraponto a liberdade e autonomia que, pelos valores da sociedade do capital, devem ser exercidas pelo “indivíduo” estimulando sua competição e desafio empreendedor. (SPOSATI, 2013, p.656)

O sistema de proteção social brasileiro obteve significativo avanço nas conquistas sociais, o então deputado federal paulista Eloy de Miranda Chaves propôs a criação das Caixas de Pensão e Aposentadorias - CAPs, através do decreto nº 4682/23, que ficou conhecido como Lei Eloy Chaves, este passou a ser considerado conforme menciona Dias (2017) o pai da previdência social no Brasil, sendo sancionada pelo presidente da época, Artur Bernardes, a primeira concessão de aposentadoria data de 14 de abril do mesmo ano.

As CAPs eram destinadas aos funcionários das empresas de estradas de ferro, os ferroviários, sendo este o ponto de partida para a criação da Previdência brasileira. Apesar do caráter excludente e seletivo, inicialmente apenas ferroviários foram beneficiados, por ser ponto de partida para a criação de outros benefícios é considerada um avanço.

Na criação desta Lei também é possível perceber a intenção de se beneficiar por parte do Estado, segundo Behring; Boschetti (2011, p.80) “beneficiou-se” essa classe por conta da necessidade de manutenção das exportações que a época era responsável por cerca de 70% do Produto Interno Bruto- PIB nacional, “por isso os direitos trabalhistas e previdenciários foram reconhecidos para aquelas categorias de trabalhadores inseridos diretamente nesse processo de produção e circulação de mercadorias.” Apenas por essa razão faziam jus a esse amparo.

Deve-se destacar também o caráter contributivo desse benefício, as caixas de aposentadoria eram financiadas/mantidas através de contribuições dos empregadores e empregados, sendo que os empregados contribuíam com 3% de seus rendimentos, enquanto que a contribuição dos empregadores ficava em 1% de sua renda bruta, auferida ao final de cada ano (Decreto Lei 4682/23).

Os benefícios ofertados por essa lei eram os seguintes:

> Art. 9º Os empregados ferro-viarios, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os demais descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:
> 1º, a socorros médicos em casos de doença em sua pessôa ou pessôa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia;
> 2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
> 3º, aposentadoria;
> 4º, a pensão para seus herdeiros em caso de morte.

A partir da Lei Eloy Chaves, outros seguimentos foram beneficiados paulatinamente, conforme as reivindicações e interesses patronais, após a criação das CAPs, vieram os Institutos de Aposentadoria e Pensão- IAPs, sendo que os funcionários públicos foram os primeiros a serem beneficiados. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A promulgação da Constituição Federal de 1934, foi um avanço nas conquistas da classe operária. Os arts. 120 e 121 tratam da regulamentação das relações de trabalho, como se pode verificar.

> Art 120 - Os sindicatos e as associações profissionais serão reconhecidos de conformidade com a lei.
> Art 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País.
> § 1º - A legislação do trabalho observará os seguintes preceitos, além de outros que colimem melhorar as condições do trabalhador:
> a) proibição de diferença de salário para um mesmo trabalho, por motivo de idade, sexo, nacionalidade ou estado civil;
> b) salário mínimo, capaz de satisfazer, conforme as condições de cada região, às necessidades normais do trabalhador;
> c) trabalho diário não excedente de oito horas, reduzíveis, mas só prorrogáveis nos casos previstos em lei;
> d) proibição de trabalho a menores de 14 anos; de trabalho noturno a menores de 16 e em indústrias insalubres, a menores de 18 anos e a mulheres;
> e) repouso hebdomadário, de preferência aos domingos;
> f) férias anuais remuneradas;
> g) indenização ao trabalhador dispensado sem justa causa;
> h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte;
> i) regulamentação do exercício de todas as profissões;
> j) reconhecimento das convenções coletivas, de trabalho.

É perceptível o caráter seletivo de ambas as legislações, apenas trabalhadores e suas famílias eram segurados. Para Boschetti (2006, p.03) “é um tipo de proteção limitada, que garante direitos apenas àquele trabalhador que está inserido

no mercado de trabalho ou que contribui mensalmente como autônomo ou segurado especial à seguridade social.” A lógica do seguro, característica da seguridade social baseada no modelo bismarkiano predomina.

A autora lamenta o fato que os trabalhadores que estavam fora do mercado de trabalho automaticamente ficavam desamparados, sem acesso aos direitos e garantias mínimas. Só faria sentido o caráter contributivo, em países onde o pleno emprego, característica do modelo econômico baseado no keynesianismo, fosse realidade o que não era o caso brasileiro.

> Por outro lado, a primazia da lógica do seguro, sobretudo nos países que não instituíram uma situação de pleno emprego, ou de quase pleno emprego, limita a lógica social e restringe a universalização da seguridade social, instituindo, muitas vezes, uma incompatibilidade entre trabalho e direitos sociais[...]. (BEHRING, 2006, p. 05)

Nesse sentido e colaborando com o entendimento de Behring, Teixeira (1985) afirma que

> Este modelo adequar-se-ia a uma política econômica de corte Keynesiano, que supunha o pleno emprego garantido pela intervenção estatal na economia como condição da eficiência do Estado de Bem-Estar Social, ao mesmo tempo em que o próprio sistema de serviços sociais constituir-se-ia em poderoso instrumento para implementação desta política de emprego. Além da pressuposição do pleno emprego, a adoção deste modelo implicava que o Estado assumisse em grande parte os custos do sistema, já que as contribuições individuais mínimas não dariam para cobrir encargos tais como saúde e o cuidado infantil. (TEIXEIRA, 1985, p. 407)

As Constituições seguintes pouco avançaram nas conquistas sociais, apenas mantiveram o que já se tinha conquistado, foram promulgadas mais 02 (duas) Constituições a de 1937 e 1946 até a promulgação da chamada Constituição Cidadã, em 1988. Behring e Boschetti (2011), confirmam que a CF/88 ficou conhecida dessa forma tendo em vista a grande participação popular através de inúmeras reivindicações em que grande parte delas foram incorporadas ao texto constitucional.

No período tenebroso da história brasileira, a Ditadura Militar (1964-1985), alguns “benefícios” também foram concedidos aos trabalhadores. Acerca dos avanços retrocessos vividos pela Seguridade Social nesse período Mota (2006) ressalta que,

> Por outro lado, é imprescindível destacar os rumos assumidos pelas Seguridade Social brasileira durante a ditadura militar que, ao ter criado as

> condições para incluir alguns trabalhadores excluídos da previdência, também promoveu a abertura do mercado privado de serviços sociais considerados complementares como foi o caso dos planos de saúde e da previdência complementar. Essa iniciativa fragmentou a proteção coletiva dos trabalhadores, estabelecendo os meios para implementar um modelo de proteção social composto pelos serviços próprios das empresas, pelos seguros sociais privados e oferecidos pelos bancos e pelos serviços públicos. (MOTA, 2006 p. 08)

Prevalece aqui a lógica capitalista, perceptível na instituição de seguros privados e a tentativa do Estado em se eximir da obrigatoriedade de prover a Seguridade Social, ao transferir parte da responsabilidade pela proteção social para as empresas apesar da inclusão de alguns trabalhadores na previdência o que constituiu avanço. Teixeira (1985) destaca que nesse período conhecido também pela implementação de políticas de cunho assistencialistas com fins de manutenção do populismo, a política previdenciária era utilizada como forma de “legitimação política”.

> [...]houve uma crescente politização das relações sociais, sendo que o mecanismo institucional previdenciário foi fundamental na cooptação de setores trabalhistas ao projeto estatal, ao mesmo tempo em que funcionaram como canal eficiente de escoamento da demanda política e social de tais grupos. O resultado deste processo foi a criação e consolidação de sistemas previdenciários fragmentados, iníquos e pouco abrangentes, embora tenha de se reconhecer que, mesmo assim, representaram um avanço significativo nas condições de vida da população trabalhadora coberta pelo sistema. Os governos militares autoritários também utilizaram a Previdência com vistas à sua legitimação política e maior adequação às demandas capitalistas, o que se observa na extensão da cobertura ocorrida neste período. (TEIXEIRA, 1985, p. 414)

A economia brasileira abriu espaço para o capital estrangeiro, especialmente norte-americano, na década de 50, conforme relata Behring (2008, p.102) “ofereceu garantias econômicas, sociais e políticas ao capital estrangeiro”. Dessa forma, atraiu investimentos estrangeiros para o país, gerando emprego e renda, não sendo, no entanto, a sua distribuição igualitária, a desigualdade social atingiu níveis altíssimos, ocasionados pelo “comportamento particularista da burguesia brasileira associada ao capitalismo internacional”. Elaine Behring (2008) segue pontuando que nesse mesmo contexto a classe operária se multiplicou e automaticamente exigiam-se ações voltadas para esse público.

Ainda sobre as ações voltadas para a manutenção do populismo, Yazbek (2015) ressalta o caráter assistencialista das políticas implementadas, estas sempre foram voltadas para a manutenção dos interesses capitalistas.

> No caso brasileiro, as políticas sociais, particularmente no pós-64, tem se caracterizado pela subordinação a interesses econômicos e políticos. A matriz econômica e oligárquica, e sua forma de relações sociais atravessadas pelo favor, pelo compadrio e pelo clientelismo, emoldura politicamente a história econômica e social do país, penetrando também na política social brasileira. (YAZBEK, 2015, p.51)

A tentativa de implantação do keynesianismo no país não obteve sucesso, a política econômica que visava o pleno emprego e aumento da renda, não se expandiu, ou seja, não saiu do papel, como ocorrido na Europa.

O crescimento das desigualdades sociais foi alarmante, aqueles que conseguiram se inserir no mercado de trabalho tiveram que ceder às regras do sistema capitalista que segundo relatam Behring e Bochetti (2011), além da busca pela lucratividade máxima, interferia no modo de vida dos operários, a partir da adoção do modo de produção fordista em que uma das características era a "superexploração dos trabalhadores".

Sobre a junção do sistema fordista ao keynesianismo, Behring e Boschetti (2011, p. 87) destacam que para Ford não bastava o controle dos trabalhadores na fábrica, mas também "o controle sobre o modo de vida e de consumo dos trabalhadores". Ressaltam ainda que, a unificação desses sistemas, garantiriam a aceleração da acumulação capitalista, além da manutenção da alta taxa de lucratividade.

Década de 70 e o Brasil passava por mais uma crise do sistema capitalista, a alta desenfreada no preço do petróleo, recessão, altos índices de inflação, aumento da dívida externa, dentre outros fatores influenciaram o descontrole do mercado, gerando desemprego, subemprego, aumento das desigualdades sociais, pauperismo. O modelo de intervenção lançado por Keynes[1] perdia espaço e obrigava o Estado a realizar "ajustes estruturais", conforme Behring; Boschetti (2011), sempre em prol da garantia da alta lucratividade e consequentemente instabilidade dos empregados, aumento da exploração e redução de investimento em políticas sociais.

Sobre esse período histórico brasileiro e com relação ao trato com as políticas sociais Yazbek (2008) afirma que

[1] Conforme Behring (2011), John Maynard Keynes viveu entre 1883- 1946 e defendia maior participação do Estado para dar respostas à crise. "Keynes defendeu a liberdade individual e a economia de mercado, mas dentro de uma lógica que rompia com a dogmática liberal-conservadora da época" (BEHRING, 2011, p.83).

> Nos anos 70 do século XX, surgem persistentes dúvidas quanto à viabilidade econômica do Estado de Bem Estar universalista, com influência beveridgiana e keynesiana. Isso porque a articulação: trabalho, direitos e proteção social que configurou os padrões de regulação sócio-estatal do Welfare State, passa por mudanças. São mudanças que se explicam nos marcos de reestruturação do processo de acumulação do capital globalizado, que altera as relações de trabalho, produz o desemprego e a eliminação de postos de trabalho. Essas mudanças vem sendo implementadas por meio de uma reversão política conservadora, assentada no ideário neoliberal que erodiu as bases dos sistemas de proteção social e redirecionou as intervenções do Estado no âmbito da produção e distribuição da riqueza social. Na intervenção do Estado observa-se a prevalência de políticas de inserção focalizadas e seletivas para as populações mais pobres (os invalidados pela conjuntura), em detrimento de políticas universalizadas para todos os cidadãos. (YAZBEK, 2008, p. 09)

As políticas sociais implementadas à época, não diferente de tempos anteriores, foram de caráter seletivo e focalizado, as camadas que viviam em extremo pauperismo que eram “beneficiados”. Yazbek (2008, p. 11) assim retrata a situação das classes subalternas “para o trabalhador pobre, sem carteira assinada ou desempregado restam as obras sociais e filantrópicas que mantêm-se responsáveis pela assistência e segregação dos mais pobres, com atendimento fragmentado por segmentos populacionais atendidos.”

A universalização de acesso às políticas sociais ficava cada vez mais distante. Esse momento também marca a entrada dos ideais neoliberais, apesar de focalizadas as políticas sociais ainda tinham espaço, depois da crise o Estado de Bem-Estar Social passa a sofrer ataques sistematicamente, o neoliberalismo passa a ganhar maior espaço na década de 90, mas já vinha preparando terreno a décadas.

Segundo Behring; Boschetti (2011, p. 126) para os defensores desse sistema, o investimento social era o responsável pela crise, “a proteção social garantida pelo Estado social, por meio de políticas redistributivas, é perniciosa para o desenvolvimento econômico[...]”.

Se com a intervenção do Estado através das políticas sociais as desigualdades sociais eram gritantes, com a diminuição da intervenção estatal a tendência é um agravamento da questão social, Iamamoto (2015, p.27) destaca que,

> O conjunto das desigualdades da sociedade capitalista madura que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Essas desigualdades se expressam através da ausência de moradia digna, desemprego, ocasionado pela substituição do trabalho vivo pelas máquinas, subemprego e falta de condições de trabalho, por outro lado criam também um cenário para as grandes mobilizações, paralisações e greves em todo o mundo e não diferente no Brasil, os sindicatos das mais diversas categorias mais organizados reivindicavam melhorias na qualidade de vida, estabilidade no emprego, condições mínimas para uma viver com dignidade humana.

Com o fim da Ditadura Militar em 1985, inaugura-se um novo tempo através das eleições democráticas e logo em seguida a elaboração e posterior promulgação da Constituição Federal. Conforme Bravo e Matos (2009), este seria um novo tempo para a seguridade social brasileira, com a elaboração da Constituição Cidadã, assim conhecida pela ampla participação popular.

As ações do Estado voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, passa a ser concebidas como direito, não mais como favor ou benesse. “A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.” (BRAVO e MATOS, 2009, p. 203)

A política de saúde inserida nesse contexto é fruto de intensas lutas e organização da sociedade civil, especialmente através do conjunto de reivindicações conhecido como Reforma Sanitária em que a principal delas foi a criação de um sistema de saúde universal.

3.2 Reforma Sanitária

Trata-se de um conjunto de propostas formulado por um grupo de pessoas ligadas à organizações e associações voltadas para o trabalho na área da saúde, que lutavam por um sistema de saúde pública de qualidade e democratização de acesso. Sua bandeira era “Por um SUS para todos os brasileiros”. A principal proposta era a criação do Sistema Único de Saúde- SUS de acesso universal. (BRAVO e MATOS, 2009).

Teixeira, et. al (2011) define que Reforma Sanitária,

> [...] refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na

> busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (TEIXEIRA, et. al 2011, p. 39).

A realização da 8ª Conferência de Saúde, que ocorreu em 1987, em meio aos debates que antecediam a elaboração da Constituição, contribuiu de forma significativa com a elaboração das reivindicações da Reforma Sanitária. Bravo; Matos (2012, p.33) confirmam a importância dessa Conferência "foi aprovada nesta Conferência a bandeira da Reforma Sanitária, bandeira está configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento." Os autores destacam ainda que, o relatório dessa conferência embasou a negociação para inserção das propostas na nova Constituição.

Teixeira et. al (2011) destaca que o Brasil não foi o único a propor esse sistema, outros países europeus já vinham propondo um conjunto de ações voltadas para a melhoria na qualidade e universalização de acesso à política de saúde, o que há em comum é a época, ambos ocorreram em um processo de redemocratização.

> No Brasil, a Reforma Sanitária insere-se no processo de construção democrática na medida em que, ao propor o deslocamento efetivo de poder, desde um setor específico mas sem se reduzir a ele, trata de formular propostas contra- hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação. (TEIXEIRA, 2011, p.42).

Ainda nesse sentido, Fleury (2009), mostra que as proposições acerca da Reforma Sanitária nos diversos países onde as ideias foram emergindo têm uma raiz em comum, sempre em um contexto de democratização e participação das classes populares.

> As reformas sanitárias quase sempre emergem em um contexto de democratização e estão associadas à emergência das classes populares como sujeitos políticos, geralmente em aliança com setores da classe média;(FLEURY, 2009, p.748)

Bravo e Matos (2009) ao desenvolver uma análise do processo de elaboração das propostas da Reforma Sanitária, destacam que havia uma correlação de forças, a primeira formada por um grupo que defendia a privatização dos serviços de saúde, representados pela Federação Brasileira de Hospitais- FBH, e pela Associação das indústrias farmacêuticas internacionais, e a segunda por aqueles que defendiam uma Reforma Sanitária com a concepção de saúde como um direito de

todos e dever do Estado e que esta deveria ser regida pelos princípios da democratização, universalização de acesso e controle social. A grande mobilização da sociedade deu garantia de vitória às proposições da segunda.

> O projeto da Reforma Sanitária ainda que tenha partido de intelectuais do setor, visa atender principalmente às necessidades das classes subalternas, ao mesmo tempo em que fere interesses das grandes empresas privadas e das multinacionais da área de saúde. Nesse sentido a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país. (GALLO; NASCIMENTO, 2011, p.93)

As classes historicamente menos favorecidas, foram contempladas. As propostas desse movimento iam de encontro com os interesses econômicos das grandes empresas que atuavam no ramo da saúde, e beneficiariam a população mais carente, apesar de encabeçada por intelectuais, foi através da mobilização popular que as propostas foram aprovadas e inseridas na CF/88. Com isso é possível afirmar que as conquistas sociais sempre foram precedidas de mobilização das classes subalternas. Como bem coloca Nogueira,

> Os direitos, porém, não são uma dádiva nem uma concessão. Foram “arrancados” por lutas e operações políticas complexas. Além disso, também têm funcionado como um importante fator de reprodução social e de reposição da força de trabalho: não são uma doação dos poderosos, mas um recurso com o qual os poderosos se adaptam às novas circunstâncias histórico-sociais, dobrando-se com isso, contraditoriamente, às exigências e pressões em favor de mais vida civilizada. (NOGUEIRA, 2005, p. 7).

Assim, as conquistas sociais sempre foram precedidas de muitas lutas, cada conquista é concedida de forma a acalmar os ânimos. O autor segue o raciocínio afirmando ainda que apesar das conquistas, não se pode afirmar que a classe operária chegou ao tão sonhado patamar da emancipação humana, o que seria o paraíso. Nesse sentido, Faleiros (2006, p. 62) aponta que “essas políticas não caem do céu, nem são um presente ou uma outorga do bloco do poder. Elas são ganho conquistados em duras lutas e resultados complexos de relação de força”, portanto, não são favores, mas conquistas.

O desejo por transformações era comum a todos os países que propuseram a Reforma Sanitária. Vale lembrar que antes da Constituição absorver as propostas da Reforma Sanitária, o acesso à saúde era restrito àqueles que podiam pagar, aos empregados e seus familiares, ou seja, prevalecia o caráter contributivo.

Acerca da elaboração da Constituição, Behring, (2008)

> [...] foi um processo duro de mobilizações e contramobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, humanos e políticos, pelo que mereceu a caracterização de Constituição Cidadã, de Ulisses de Guimarães" (BEHRING, 2008, p. 143).

Dessa forma, no dia 05 de outubro de 1988 é promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, nesta são incorporadas grande parte das reivindicações da sociedade em geral, dentre elas as reivindicações da Reforma Sanitária (BRAVO e MATOS, 2009).

Destaca-se o Título VIII, que trata da "Ordem Social", Capítulo II "Da Seguridade Social" (art. 194) assim define seguridade social "[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social" (BRASIL, 1988). Formada pela Saúde, Previdência e Assistência Social, o chamado tripé da Seguridade Social.

Regida por princípios inovadores, renovava a esperança de dias melhores para as classes subalternas. Artigo 194,

> I. Universalidade da cobertura e do atendimento;
> II. Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços;
> III. Irredutibilidade do valor dos benefícios;
> IV. Equidade na forma de participação no custeio;
> V. Diversidade da base de financiamento;
> VI. Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregados, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988)

O princípio da universalidade garantiria acesso à saúde não apenas para os cidadãos com algum tipo de vínculo empregatício, mas para todos, a população participaria de forma ativa na fiscalização de recursos e ações de implementação dessa política através dos Conselhos que ocorreria o chamado controle social.

A criação do SUS, uma das reivindicações da Reforma Sanitária, só veio a concretizar-se 02 (dois) anos após a promulgação da Carta Magna, em 1990, através da Lei 8080/90, conhecida como a lei do SUS.

3.3 Criação do Sistema Único de Saúde – SUS

O art. 196 da CF/88 traz a política de saúde como direito de todos e dever do Estado.

> A saúde é 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 serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Percebe-se um grande avanço a partir do reconhecimento da política de saúde enquanto direito, ressalta-se, que os representantes da iniciativa privada que lutaram contra o acesso ao sistema de saúde universal e gratuito, buscaram uma maneira de continuar a ofertar os serviços privados. No art. 199, § 1º trata de forma breve da participação do empresariado na saúde, conforme o texto constitucional "poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde". A privatização dos serviços não foi autorizada como desejado, não significando que o empresariado do ramo tenha desistido.

Somente na década seguinte que o Sistema Único de Saúde foi implantado através da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Coincidindo com a ofensiva neoliberal que aos poucos se instalava no país, através do governo Collor e estendendo-se por governos seguintes, e por essa razão, possivelmente, o sistema de saúde tão inovador teve maiores dificuldade de efetivar-se no cotidiano dos cidadãos.

Conforme Mioto e Nogueira (2006), a criação do SUS foi uma das maiores conquistas na política de saúde, pois representou o fortalecimento dos direitos sociais. Concretizava-se as reivindicações feitas por representantes da sociedade civil manifestos na Reforma Sanitária e inseridas na Carta Constitucional.

Acerca desse momento Behring (2008), denomina-o de "nova ofensiva burguesa", período caracterizado pela regressão de direitos historicamente conquistados com a política de saúde não seria diferente, a privatização dos serviços públicos, retiraria em parte, a garantia de acesso universal aos serviços de saúde. Behring e Boschetti (2011) também tratam do tema, e afirmam que havia uma forte campanha atestando a "necessidade" de reformas voltadas para o mercado, eram necessárias intervenção estatal diante da "crise" que se arrastava desde a década de 80, na política de saúde, o neoliberalismo é forte entrave para a consolidação do SUS.

Mioto e Nogueira (2006) acerca das dificuldades enfrentadas para a efetivação do SUS, destacam que apesar de todo aparato do Estado que dificultam a concretização desse sistema como planejado pela Reforma Sanitária, muito já foi conquistado.

> Há que se considerar nessa breve apreciação a situação adversa às propostas de democracia social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil. As políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado como provedor das necessidades de saúde foram a pedra de toque para as dificuldades que ora se apresentam. Há que se reconhecer, no entanto, que o SUS vem superando grandes entraves em seu processo de implantação. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 16)

A luta por um SUS universal continua, é um processo contínuo de correlação de forças entre a corrente privatista e os defensores de um sistema democrático de acesso à saúde pública de qualidade, em tempos em que a ideologia neoliberal[2] tem amplo terreno para implantação no país, urge que se retorne à defesa do SUS conforme previsto pelos sanitaristas de forma que este não perca seu principal objeto, que é a universalidade de acesso, conforme Mioto e Nogueira,

> Inegavelmente, a maior conquista do SUS foi quanto ao direito legal de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Muitos aspectos desse acesso estão por se concretizar e incidem, de forma muito especial, em questões relacionadas à exclusão social em saúde. (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.15)

Ao analisar os desdobramentos para a efetivação do Sistema Único de Saúde idealizado pela Reforma Sanitária, Bravo (2009) lamenta a descontinuidade de ações voltadas para a efetivação do SUS, na sua totalidade, segunda ela,

> Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na

[2] O ideário neoliberal difundido pelos organismos internacionais e multilaterais como remédio à crise das economias periféricas pode ser sintetizado nos três eixos centrais articuladores da proposta: *estabilização* (medidas para baixar a inflação no curto prazo, reduzir o déficit da balança de pagamentos e equilibrar o orçamento público), *ajuste estrutural* (medidas voltadas para aumentar a competitividade da economia mediante a abertura comercial, desregulamentação de preços, reforma tributária) e *privatização* (reforma do estado e transferência de empresas e serviços públicos para grupos privados). [...] este processo de ajuste trouxe efeitos altamente regressivos, dando lugar a verdadeiro *apartheid* econômico e social, agravando as desigualdades, aumentando a pobreza e provocando profunda dualização da sociedade, com rebatimento nas formas de violência social sem precedentes, ao mesmo tempo em que reforçou a vulnerabilidade dos já frágeis estados nacionais (RAICHELIS, 2000, p. 74).

> Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou. (BRAVO, 2009, p.107)

É necessário a luta por um SUS de fato, universal, em que todos tenham acesso aos serviços de saúde com qualidade, um sistema que comporte àqueles que podem pagar por serviços de saúde privado e aos que não podem que haja consolidação da proposta original da Reforma Sanitária.

4 INSERÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

A Revolução Industrial trouxe além do progresso, epidemias que atingiram não apenas os proletários, as inúmeras doenças chegavam também à classe burguesa. A situação calamitosa exigia que alguma medida fosse tomada. Surgiam as primeiras iniciativas voltadas para a elaboração de políticas sociais de promoção da saúde, a queda da produtividade gerada pelo adoecimento da classe operária norteou a tomada de medidas de controle e combate às doenças.

Bravo (2013) destaca que a Alemanha foi pioneira em ofertar ações voltadas para concessão de medidas de combate e prevenção às doenças de forma efetiva, no início do século XVIII, através de

> Uma série de mecanismos de controle, pelo poder político, da formação do médico e do exercício da prática médica são instaurados com a criação de um esquema de disciplinarização da medicina pelo Estado, e atribuída a ela uma função de controle sobre a vida social (BRAVO, 2013, p.37)

Esses mecanismos foram desenvolvidos como forma de colocar em prática a chamada “polícia médica”, conforme ressalta Bravo (2013), o Estado assumia a responsabilidade pela manutenção da saúde da população e os médicos cuidariam dos doentes e manteriam o controle da saúde.

Bravo (2013), segue analisando os sistemas voltados para a assistência à saúde e afirma que, na Inglaterra o sistema de saúde inglês utilizava a atenção à saúde como forma de proteger a burguesia das pestes em geral, através de vacinação, registro de epidemias e identificação de locais insalubres, para que dessa forma, esses locais fossem evitados pela classe burguesa, ou seja, as ações desenvolvidas visavam unicamente o bem- estar das classes mais nobres. Nota-se claramente uma correlação de forças, presente nas ações voltadas para a promoção da saúde, em que as classes subalternas /quase sempre ficam em segundo plano, a preocupação inicial é o bem- estar da burguesia

Netto (2009) acerca da correlação de forças destaca que,

> [...] a experiência demonstrou que, na ordem do capital, por razões econômico-sociais e culturais, mesmo num quadro de democracia política, os projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes. (NETTO, 2009, p. 143)

Na política de saúde não é diferente, o empresariado enxerga na política de saúde a possibilidade para um negócio lucrativo e assim luta pela privatização desses serviços, enquanto que as classes subalternas encontram dificuldades gigantescas em ver as conquistas efetivadas em seu cotidiano, especialmente com um Estado que privilegia as classes dominantes desde seus primórdios. Cislaghi (2018, p. 21), “[...] ao invés de termos no horizonte a ampliação da saúde pública, pragmaticamente passa-se a reivindicar como inevitável a privatização, rebaixando o SUS aos critérios empresariais. ”

Há uma luta constante entre os que defendem um sistema universal e aqueles que defendem um sistema que privilegia ações focalizadas e privatização da saúde, uma clara referência aos antigos moldes onde tinha acesso à saúde aqueles que podiam pagar, os que não poderiam ficavam à mercê das ações de caridade da Igreja através das Santas Casas de Misericórdia. (NOGUEIRA e MIOTO, 2009)

Década de 1930, acontece a primeira iniciativa mais significativa acerca das ações de assistência à saúde no Brasil, a criação do Ministério da Saúde e Educação, e seguiu-se ao longo dos anos, ainda que lentamente, conforme Bravo (2013) enumera alguns avanços ao longo dos anos relacionados à política de saúde. Conforme mostra o quadro abaixo.

Tabela 06 – Evolução dos sistemas de saúde, 1930-1990.

ANO	ACONTECIMENTO
1930	Criação do Ministério da Educação e Saúde e seus departamentos: Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (Decreto nº 19.402, de 14/11/1930).
1937 - 1940	Criação dos serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço de Malária do Nordeste, Serviço de Malária da Baixada Fluminense).
1953	Criação do Ministério da Saúde, desvinculação do Ministério da Educação, ficando com orçamento reduzido.
1956	Criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais.
1988	Promulgação da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado.
1990	Sancionada Lei 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde- SUS.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

As ações de atenção à saúde, desenvolvidas até então têm o mesmo objetivo, a manutenção da ordem no sistema capitalista. São ações voltadas para o controle sanitário, através do combate às endemias na zona rural e urbana.

Na década de 60, houve uma tentativa por parte do Serviço Social de romper com as práticas voltadas para beneficiamento do Estado, porém sem sucesso, havia uma consciência da necessidade de resistência, como mostram os autores, porém até esse momento sem resultados efetivos.

> A modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, face às novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 31)

A inserção dos/as assistentes sociais na política de saúde é marcada inicialmente, por ações de cunho assistencialista. Recrutados pelo Estado com a

finalidade de auxiliar na manutenção do controle das massas através de ações paliativas, esses profissionais atuavam sem orientação teórica, eram conhecidos como visitadores sociais, norteados pela “necessidade” de manter a moral, numa perspectiva positivista. (BRAVO,2013).

Consoante ressalta Bravo (2013), as ações voltavam-se para as necessidades imediatas da população, embasados em uma concepção doutrinária e moralista, os/as primeiros assistentes sociais que atuaram na área da saúde exerciam a profissão de forma vocacionada e baseados em valores humanistas, agiam de modo a culpabilizar os sujeitos pela situação vivenciada. Segundo esta teoria, por se tratar de um ser racional, era capaz de escolher sua forma de viver, procediam assim, através de visitas domiciliares e aconselhamento.

No Brasil, em meados da década de 30, a atuação dos assistentes sociais se concentrava na chamada medicina previdenciária e saúde pública, a primeira refere-se à medicina sanitarista, com foco em campanhas voltadas para a prevenção de endemias, enquanto que a segunda trata-se da criação dos IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões, em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, criadas em 1923, através da Lei Elói Chaves. (BRAVO e MATOS, 2009).

Os cidadãos que tinha acesso à chamada medicina previdenciária, Mioto e Nogueira (2006) classifica-os como de “primeira classe”, os que eram empregados e consequentemente usufruíam de melhores serviços, e os dependentes da saúde pública, ou seja, aqueles que não eram segurados, utilizavam os precários serviços ofertados pelas Santas Casas de Misericórdia[3].

Acerca da política de saúde no período da ditadura militar, Bravo e Matos (2009) destacam que a atuação visava o aumento do controle da sociedade e reduzir as tensões para que dessa forma viesse a legitimar o regime ditatorial. Nesse sentido, os autores destacam o papel do/a assistente social,

> O assistente social enfatizou a prática educativa, com intervenção no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. (BRAVO; MATOS, 2009, p. 29)

[3] Acerca das Santas Casas de Misericórdia, Bravo (2013) afirma que estas foram criadas exclusivamente para atender aos pobres. “A metrópole fomentou a criação das Santas Casas de Misericórdia, através de acordos, para atendimento da população pobre. Tais casas de misericórdias eram de caráter religioso, sem finalidade lucrativa (BRAVO, 2013, p.111).

As ações visavam sempre a manutenção do controle, tendo em vista que o profissional do Serviço Social fora recrutado pelo Estado para essa função, não havia questionamento acerca da forma de atuar, até então. A atuação dos profissionais de Serviço Social na política de saúde deu-se inicialmente em hospitais,

> O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, afim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, os assistentes sociais utilizam-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO; MATOS, 2012, p. 29)

Atuando em Santas Casas de Misericórdia, Nogueira e Mioto (2009), estas desenvolviam um trabalho com fins filantrópicos, mantidos pela Igreja e não por acaso a gênese do Serviço Social se dá também através da ação da Igreja, os assistentes sociais desenvolviam trabalho de cunho assistencialista e focalizado, vale destacar que essas Casas foram criadas exclusivamente para atender a parcela da população empobrecida.

Este profissional foi elo entre a instituição e os pacientes, fazendo mediação entre estes e os serviços de saúde, ao que se depreende do documento do Conselho Federal de Serviço Social -CEFESS, intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” elaborado no ano de 2010, nada mudou nesse aspecto, a publicação prevê que a atuação profissional deve pautar-se na mediação entre os pacientes e os serviços de saúde. O que muda é que a saúde desde 1988, é “direito de todos e dever do Estado”, dessa forma os/as assistentes sociais devem lutar pela garantia de acesso ao direito à saúde, não mais reforçando a condição de subalternidade, mas lutando pela emancipação humana. (CEFESS, 2010).

Após o movimento de reconceituação, em que o Serviço Social assume posicionamento firme de estar ao lado das classes trabalhadoras, embasado no viés marxista, reconhecendo-se também como parte dessa classe, a partir de então o trabalho desse profissional deve “ter como intencionalidade a dimensão da liberdade na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas.” (CEFESS, 2010, p.55).

Iamamoto (2015) bem coloca acerca do redirecionamento da profissão. Os profissionais do Serviço Social buscaram um novo perfil, comprometido com as classes menos favorecidas.

> [...] na defesa de uma prática profissional envolvida com a construção de uma nova cidadania coletiva, capaz de abranger as dimensões econômicas políticas e culturais da vida dos produtores de riqueza do conjunto das classes subalternas. (IAMAMOTO, 2015, p. 185)

A busca pela emancipação humana deverá nortear a atuação profissional, em quaisquer que seja o campo de atuação, na política de saúde não seria diferente, com caráter seletivo e focalizado das políticas sociais brasileiras em que o SUS, apesar de ser regido pelo princípio da universalidade, também sofre com essa seletividade.

Os assistentes sociais têm papel de extrema relevância nesse processo de universalização de acesso aos serviços, um dos princípios norteadores da atuação profissional, segundo o CEP, o quinto princípio exige do profissional, “posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais[...]” (BARROCO e TERRA, 2012, p. 127).

Através da transmissão das informações, o/a assistente social atua como parceiro na conscientização acerca dos direitos, pois os pacientes precisam saber que o SUS é universal, ou seja, é direito de todos e o Estado tem a obrigação de mantê-lo de forma que os serviços cheguem à população de quaisquer classes sociais, com qualidade. Isso é promover a emancipação humana.

Conforme a Lei de Regulamentação da Profissão, 8662/93,

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

> I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
> II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
> III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; (BRASIL, 1993)

As competências previstas dizem respeito à atuação em qualquer que seja a área de inserção do profissional, os parâmetros de atuação profissional, publicação do CEFESS (2010), trata de forma específica da atuação na política de saúde.

> Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. (CEFESS, 2010, p. 41).

A atuação no eixo “atendimento direto aos usuários” é o que torna a atuação profissional mais visível, o/a assistente social é requisitado para lidar direto com o público, por vezes acaba assumindo funções que são de outros profissionais. Para que isso seja evitado, “o profissional deve ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias a partir de demandas apresentadas pelos usuários[...] (CEFESS, 2010, p.43).

4.1 Atuação do/a assistente social no programa TFD

Nesse mesmo eixo se encaixa o profissional de Serviço Social que atua no programa Tratamento Fora de Domicílio – TFD, este exerce a profissão esclarecendo o que é o programa, realizando encaminhamentos, emitindo parecer acerca da necessidade do tratamento fora do domicílio, e por nem sempre dispor de pessoal para auxiliar nas demais atividades, tem que realizar a montagem completa do processo de TFD, manter documentos organizados para uma possível vistoria, arquivar processos, enfim, exercer uma função mais tecnicista.

Contraditoriamente ao que se ver, os parâmetros de atuação profissional (CEFESS, 2010) prevê que o assistente social não deverá atuar na montagem de processos e preenchimento de formulários do programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD. O que o documento exemplifica como não atribuição dos/as assistentes sociais e na prática são ações desenvolvidas pelas assistentes sociais na execução desse programa, segundo o documento, por que “possuem caráter eminentemente técnico administrativo” (CEFESS, 2010, p. 47). Segundo o documento estas práticas consistem em,

> Marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) [...]” (CEFESS, 2010, p. 47).

Os profissionais de Serviço Social são chamados para atuar no Programa Tratamento Fora de Domicílio – TFD. O processo de TFD, como é conhecido só é

aprovado mediante parecer deste profissional, que atua em conjunto com os médicos, de modo que a atuação neste programa consiste não apenas em atribuições técnicas, mas também atribuições privativas, a exemplo da emissão do parecer.

Acerca das atribuições e competências dos/as assistentes sociais, Matos (2015), esclarece as diferenças,

> [...] as atribuições privativas são aquelas que se referem diretamente à profissão, como a atribuição privativa de coordenar cursos, bem como equipes de Serviço Social nas instituições públicas e privadas. E competências são aquelas ações que os(as) assistentes podem desenvolver, embora não lhe sejam exclusivas. (MATOS, 2015, p.681)

Sousa (2018), afirma que por falta de conhecimento das competências, por vezes o profissional executa funções que não são inerentes às suas funções, como por exemplo o preenchimento de formulários do TFD. Porém, tendo em vista o baixo investimento nesse programa, os profissionais terminam executando tais funções, pela manutenção do programa e compromisso com os usuários garantindo a estes o acesso à saúde.

Dada a histórica inserção desse profissional na política de saúde no ano de 1997, a categoria foi reconhecida como parte dos profissionais da saúde, através da Resolução CNAS 218/97. Dois anos após, o Conselho Federal de Serviço Social – CEFESS, assim também o fez, reconhecendo o/a assistente social como profissional da saúde, conforme a Resolução CEFESS 383/99.

> [...]o Assistente Social, em sua prática profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País; (CEFESS, 1999).

Este profissional através de capacitação poderá atuar não apenas na política de saúde, mas nas políticas sociais em geral, ao reconhecer como profissional da saúde não significa que se estar delimitando a atuação a essa política, como bem explicita o documento, no art. 2º.

> Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções. (CEFESS, 1999)

Santos (2018) em seu Trabalho de Conclusão de Curso aborda a questão em debate, e segundo ela, de fato, montar processos de TFD não são atribuições do/a assistente social, porém cabe a este profissional esclarecer aos pacientes o que é o programa e mediar o acesso a este.

> Logo, o trabalho burocrático-administrativo de preenchimento de formulários e demais ações elencadas não se caracteriza como competências profissionais dos assistentes sociais, entretanto, estes profissionais, conforme competências descritas, devem fornecer as orientações necessárias e mediar o acesso do usuário ao PTFD. (SANTOS, 2018, p.107)

Conforme Santos (2018), apesar de lutar por universalidade de atendimento das demandas, as focalizações das ações são visíveis.

> O PTFD é uma resposta às iniquidades de acesso ao SUS, mas isso não deixa de caracterizá-lo como mais um recorte das refrações da “questão social”, que tem tido intervenções pautadas na lógica refratada e seletivista. Nesse sentido, tem defendido atendimentos aos usuários, na perspectiva de totalidade e de homogeneização das demandas a ele posto. (SANTOS, 2018, p.99)

Santos (2018) segue pontuando que a atuação profissional neste programa pode reforçar os ideais do projeto da Reforma Sanitária bem como o projeto privatista, tudo vai depender do compromisso ético-político profissional, como ressalta Guerra (2000), a gênese do Serviço Social é marcada por estar a serviço da classe burguesa, porém há uma necessidade de se romper com as velhas práticas marcadas pelo conservadorismo e lutar pela garantia da universalidade e democratização de acesso aos serviços de saúde.

> Ainda que surgindo no universo das práticas reformistas integradoras que visam controlar e adaptar comportamentos, moldar subjetividades e formas de sociabilidade necessárias à reprodução da ordem burguesa, de um lado, e como decorrência da ampliação das funções democráticas do Estado, fruto das lutas de classes, de outro, o Serviço Social, entretecido pelos interesses em confronto, vai ampliando as suas funções até colocar-se no âmbito da defesa da universalidade de acesso a bens e serviços, dos direitos sociais e humanos, das políticas públicas e da democracia. (GUERRA, 2000, p. 14)

Apesar de possuir relativa autonomia o/a assistente social nesse espaço também é submisso às relações hierárquicas, o que de certa forma torna-se um desafio constante aos profissionais, tendo em vista a dependência do empregador, nesse caso o Estado. Acerca da relativa autonomia, Iamamoto (2015) afirma que,

> Ainda que dispondo de relativa autonomia na efetivação de seu trabalho, o assistente social depende, na organização da atividade, do Estado, da empresa, das entidades não-governamentais que viabilizem aos usuários o acesso aos seus serviços, fornecem meios e recursos para sua realização, estabelecem prioridades, a serem cumpridas, interferem na definição de papéis e funções que compõem o cotidiano do trabalho institucional. (IAMAMOTO, 2015, p. 63)

O empregador é quem manda e desmanda, define regras, metas, prioridades, enfim o Estado é o grande responsável por provê recursos para execução do trabalho dos assistentes sociais na política de saúde, bem como nas demais políticas sociais. Cabe aos profissionais lutar por um SUS de fato universal e isso perpassa a ampliação de investimentos na área, o desfinanciamento do SUS é estratégia da política neoliberal como forma de consolidação do projeto privatista, e tornar o SUS para pobres (BRAVO, 2009).

O desfinanciamento afeta de forma considerável a qualidade e universalização dos serviços de saúde, dessa forma o SUS é procurado apenas por aqueles que não podem recorrer aos serviços privados, pessoas em extrema vulnerabilidade social. Bravo (2009) ver essa questão com apreensão segundo ela, “a questão do desfinanciamento é a mais séria, pois está diretamente ligada ao gasto social do governo e é a determinante para a manutenção da política focal, de precarização[...]” (BRAVO, 2009, p.105). Assim, a cada dia as condições de trabalho tornam-se mais insalubres e inviabilizam um trabalho de qualidade.

O programa TFD é procurado principalmente pela população mais vulnerável, tornando característico o SUS para os pobres, este é um dos efeitos do desfinanciamento, a redução da qualidade e abrangência dos serviços e em consequência disso, a redução da procura, aqueles que detêm de meios econômicos, vão em busca de serviços privados, e apenas os indivíduos em situação de vulnerabilidade extrema buscam os serviços públicos. Ladeira (2018), mostra a necessidade do mercado de manter a extração de lucro, de certa forma pressiona o Estado a emitir medidas que visam dar suporte aos interesses capitalistas.

> A possibilidade de negócios e obtenção de lucro com a saúde, pressiona o Estado em direção a medidas de incentivo ao capital privado, bem como de diminuição da participação do setor público na prestação de serviços. (LADEIRA, 2018, p.31).

Assim, a redução de investimento no SUS, segundo compreende Ladeira, é proposital, pois abre espaço para os investimentos privados. Obrigando, de certa forma, os indivíduos a buscarem os serviços de saúde privados.

Os profissionais do Serviço Social vivem sob intensa tentativa de cooptação por parte do projeto privatista (BRAVO e MATOS, 2009). Importante destacar porém que apenas as propostas da Reforma Sanitária estão alinhadas com o projeto ético-político profissional, assim o/a assistente social que de fato busca exercer a profissão em conformidade com os princípios exarados no CEP e Lei de Regulamentação da Profissão, 8662/93, deverá assumir compromisso com o projeto da Reforma Sanitária, tratado como projeto pois ainda não se concretizou como planejado, ainda não temos um SUS universal, com serviços de qualidade, como pretendia seus idealizadores.

O/a assistente social poderá contribuir de forma significante com a concretização desse projeto através do engajamento na luta pela emancipação humana e,

> [...]democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã. (BRAVO e MATOS, 2009, p.206).

O estímulo à participação popular, através da democratização das informações são fundamentais para que haja cobrança de melhorias nos serviços de saúde pública, pois historicamente os serviços públicos obtiveram melhorias através da pressão popular.

5 PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO – TFD

O Programa Tratamento Fora do Domicílio - TFD, ou em alguns estados PTFD, é um programa do governo federal que visa tornar o acesso viável aos serviços de saúde considerados de alta e média complexidade. Consiste em oferta de ajuda de custo para passagem, alimentação e pernoite para o paciente e 01 (um) acompanhante.

Azevêdo destaca a importância deste programa quando afirma que

> [...]o TFD promove o acesso do paciente ao serviço de saúde prestado pelo governo, por meio da rede pública própria ou de forma complementar pela rede conveniada ou contratada, e neste sentido tanto funciona como instrumento de cidadania e inclusão social, como colabora para o efetivo funcionamento de outras políticas de saúde. (AZEVÊDO, 2015, p. 17).

Conforme disposto na Portaria 55/99, cada estado deve publicar um manual com a devida regulamentação, tendo em vista que cada qual opera de acordo com sua dotação orçamentária o que varia de estado para estado. No estado do Maranhão, através de solicitação à Secretaria Estadual de Saúde- SES, utilizando o Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão, e-SIC[4], teve-se acesso ao manual que regulamenta o programa no estado.

Apesar da determinação de dar publicidade ao Manual Estadual do TFD, poucos manuais são localizados nos sites oficiais, foram encontrados rapidamente o manual do estado da Bahia e Espírito Santo, apenas.

Regulamentado pela Portaria SAS 55/99 que disciplina a aplicabilidade do programa como um todo em que beneficia pacientes que fazem tratamento de média e alta complexidade pelo SUS, e que não há mais possibilidade de seguir com esse tratamento na localidade em que reside. Sobre a regulamentação estadual, o art. 5º, §1º, assim estabelece:

> Art. 5° - Caberá as Secretarias de Estado da Saúde/ SES propor às respectivas Comissões Intergestores Bipartite- CIB a estratégia de gestão entendida como: definição de responsabilidades da SES e das SMS para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de

[4] Conforme consta no site do e-SIC, o Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC) permite que qualquer pessoa, física ou jurídica, encaminhe pedidos de acesso à informação, acompanhe o prazo e receba a resposta da solicitação realizada para órgãos e entidades do Executivo Estadual. O cidadão ainda pode entrar com recursos e apresentar reclamações de forma simples.

> critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD.
> § 1° A normatização acordada será sistematizada em Manual Estadual de TFD a ser aprovado pela CIB, no prazo de 90 dias, a partir da vigência desta portaria, e encaminhada, posteriormente, ao Departamento de Assistência e Serviços de Saúde/SASIMS, para conhecimento. (BRASIL, 1999).

Após cada estado regulamentar o funcionamento do programa, cada município também deverá emitir portaria ou outro instrumento que regulamente o programa de acordo com sua previsão orçamentária consoante o art. 1º da portaria 55/99, “conforme o teto financeiro de cada município/estado”.

Art. 4º trata das despesas que são custeadas pelo programa,

> As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizada de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado (BRASIL,1999).

As regras contidas na portaria federal são nortes para a execução do programa em todo país, os estados de acordo com orçamento anual deverão indicar o percentual que será utilizado para custeio do programa, bem como a fonte dos recursos, isso através do Manual estadual, que deverá nortear as ações de cada município disciplinadas por portaria própria.

5.1 Programa TFD, no município de Chapadinha-MA

O programa foi implantado no município de Chapadinha em 2006. Porém, não há portaria regulamentando a execução do programa no município, conforme recomenda a portaria federal nº 55/99. Conforme informações preliminares obtidas com as assistentes sociais que atuam no setor de execução do TFD no município, 60% dos pacientes beneficiários desse programa são portadores de câncer, os demais são pacientes renais, crianças especiais, idosos, gravidez de risco, soro positivos, etc. São encaminhados principalmente para a capital maranhense, por transporte terrestre.

Uma van é disponibilizada pelo município para transportar os pacientes três vezes por semana, com capacidade para conduzir 17 pessoas além do motorista e auxiliar, com ar condicionado e TV, os pacientes são levados diretamente para a Casa de Apoio, custeada pelo município de lá seguem para os hospitais, através de ônibus

ou táxi, é oferecido alimentação para os pacientes e acompanhantes. Os pacientes adentram à Casa através de autorização de estadia, assim como as viagens, só embarcam aqueles que possuem autorização emitida pelas assistentes sociais.

Uma das dificuldades enfrentadas pelos pacientes é o fato de que a van só viaja três vezes por semana, às segundas, quartas e sextas, dessa forma aqueles que têm procedimentos a realizar nos outros dias têm que ir antes ou pagar passagem. Dessa forma é executado o programa no município de Chapadinha.

O Manual do Programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD, prevê que cada município execute o programa de acordo com sua dotação orçamentária, abrindo espaço para possíveis desculpas tais como insuficiência de recursos tornando os serviços ainda mais precários.

Conforme o Manual do TFD do Estado do Maranhão, apenas com a garantia do tratamento é autorizado a ajuda de custo, “o TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência com horário e data definido previamente” (MARANHÃO, 2010). O paciente assume a responsabilidade de entregar comprovante de que realizou o procedimento para o qual solicitou auxílio, que deverá ser mantido em arquivo para eventual fiscalização da execução do programa.

Existem 02 (duas) modalidades do programa, intermunicipal e interestadual, para as viagens interestaduais são autorizadas também passagens aéreas de acordo com a distância do domicílio do paciente, devidamente avaliado e recomendado por especialista, conforme atesta o Manual do TFD do Estado do Maranhão, “a autorização de transporte aéreo para pacientes/acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.” (MARANHÃO, 2010). A secretaria estadual de saúde é responsável pela gestão do TFD interestadual, porém o setor que coordena o programa no âmbito municipal, no município de Chapadinha realiza as primeiras informações e acompanha o andamento do processo dos pacientes.

Os documentos exigidos para a concessão do benefício, conforme o Manual do TFD estadual Maranhão (2010), são os seguintes:

- Formulário de Solicitação de Tratamento Fora de Domicílio - STFD, contendo laudo médico, preenchido de forma legível, original e cópia;
- Cópia da Certidão de Nascimento (paciente menor de idade) ou cópia da Carteira de Identidade;

- Cópia da Carteira de Identidade do acompanhante, se houver;
- Comprovante do agendamento do procedimento a ser realizado;
- Cópia de resultados de exames, se houver.
- Laudo de emissão de APAC (autorização para procedimento de alta complexidade), conforme pactuação (TFD intermunicipal) ou nos casos de procedimentos do elenco da CNRAC[5].

Para acessar o TFD intermunicipal, o paciente deverá ter realizado consulta com especialista na rede assistencial de saúde pública municipal (postos de saúde ou hospital), ao ser informado da necessidade de tratamento que o município de origem não disponibiliza, deverá procurar o setor aonde funciona o programa, recebe um formulário, deverá então voltar ao especialista que preencherá com as informações acerca da doença e as razões pelas quais justifica o encaminhamento do paciente para realizar tratamento em outro município ou estado. Devidamente com o Código Internacional de Doenças – CID, assinado e carimbado.

Dessa forma o paciente retorna ao setor do TFD e a assistente social deverá emitir um parecer acerca da necessidade do tratamento fora do domicílio de origem, devidamente assinado e carimbado, finalmente é encaminhado à CEMARC-Central de Marcação de Consultas, que fica na capital, onde a maioria dos casos são encaminhados, havendo confirmação de vaga, a consulta, exame ou cirurgia é marcada e o setor do TFD ao receber a informação deverá contactar o paciente e avisá-lo da data do procedimento, bem como emitir a autorização da viagem e autorização de estadia na Casa de Apoio, e quando houver necessidade, do/a acompanhante.

Durante o período do estágio no setor que responde pelo programa TFD foram observados alguns entraves no acesso à política de saúde, tais como: a demora para a realização da marcação do procedimento, em alguns casos até seis meses, por vezes o paciente se obriga a buscar tratamento no sistema de saúde privado. Quando finalmente o procedimento é confirmado, não se consegue localizar o paciente, o número para contato telefônico do paciente não existe mais ou mudou de endereço. O setor do TFD não disponibiliza de transporte para visita domiciliar, e dessa forma o procedimento não é realizado, ou seja, o paciente não acessa a política de saúde.

[5] Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade.

Para ter direito ao acompanhante, existem critérios: maior de 60 anos, menor de dezoito anos, recém-nascidos em que a mãe comprovadamente é incapacitada de cuidar da criança, etc. Ressalta-se que somente com justificativa expressa pelo médico, haverá a liberação de ajuda de custo e pernoite bem como passagem. Como deixa claro o manual do TFD estadual, “o médico solicitante deverá justificar de forma legível a indicação do TFD, o tipo de transporte e a necessidade de acompanhante” (MARANHÃO, 2010)

Uma residência foi alugada pelo município de Chapadinha – MA, que funciona como Casa de Apoio aos pacientes. Residência ampla dispõe de seis quartos com banheiros, cozinha, lavanderia e área de vivência e também é servido alimentação diária. Corresponde à ajuda de custo que seria para alimentação e pernoite para o paciente e acompanhante quando houver. Há uma equipe composta por 11 (onze) servidores que realizam a marcação de consultas, cuidam da manutenção da casa e acolhem os pacientes.

Santos (2018) lamenta o caráter seletivo do TFD, apesar de ser parte da política de saúde, que é regida pelo princípio da universalidade, segundo ela,

> [...]apesar de ser um benefício de uma política universal, destina-se aos que dele necessitarem, tendo em vista que o TFD, além das condicionalidades explicitadas na portaria SAS 55/1999, ainda, outras regras aparecem nas legislações municipais e estaduais que normatizam sua organização, fluxo e rotina. Por meio dessas legislações determinam-se como se dará a triagem para seleção dos possíveis beneficiários/usuários (SANTOS, 2018, p. 101)

Dessa forma, as inúmeras burocracias, ou seja as exigências de documentação e diversos procedimentos que são parte do programa TFD terminam invalidando o princípio da universalidade, vale ressaltar que se trata de indivíduos em extrema vulnerabilidade social, que não dispõem de tempo para aguardar as exigências próprias do sistema de saúde brasileiro, os entraves burocráticos presentes na execução do programa contrariam o objetivo para o qual foi criado, Azevêdo (2015) mostra que a criação do TFD visa a universalidade de acesso aos serviços de saúde e deve promover a inclusão social e não excluir indivíduos em um momento mais crítico de suas vidas, em meio à fragilidade da saúde.

> Como forma de concretizar o princípio da universalidade do acesso aos serviços da rede assistencial, que também significa a promoção da inclusão social para a parte da população que necessita de serviços de saúde e não dispõe de recursos suficientes para o deslocamento para unidades de saúde

> fora de seu município, o Governo Federal instituiu o TFD, que tem como objetivo oferecer auxílio a pacientes atendidos pela rede pública, conveniada ou contratada pelo SUS, para tratamento em outra localidade que não o município de residência do beneficiário, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo (AZEVÊDO, 2015, p. 43)

A criação do SUS com a promulgação da CF/88 e posterior regulamentação através da Lei 8080/90 não foram suficientes para a garantia do acesso universal aos serviços de saúde pública. A criação do programa TFD é um marco nesse sentido, muitos municípios brasileiros dispõem do programa e por vezes este torna-se o único meio de acesso à saúde pública, os beneficiários, em sua maioria são indivíduos que vivem em extrema pobreza e não têm condições de acessar serviços privados. Azevêdo (2015) segue pontuando que os municípios que implantaram o programa TFD em sua maioria são aqueles em que a população é mais carente e tem maior dificuldade de acesso à política de saúde.

> [...] sua presença é mais facilmente percebida nos municípios mais distantes e mais pobres da federação, onde os serviços de saúde praticamente inexistem ou quando disponíveis, têm baixa resolutividade. Geralmente é nesses municípios onde se encontram as parcelas mais carentes de usuários do SUS e onde se verifica mais claramente a necessidade e importância do Programa. (AZEVÊDO, 2015, p.16)

Santos (2018), corrobora com esse entendimento ao afirmar que, “a focalização das políticas sociais num contexto de acirramento de restrição de direitos, a partir do receituário neoliberal, tem servido para justificar o desenvolvimento de ações e serviços mínimos, selecionando os mais vulneráveis dos vulneráveis” (SANTOS, 2018, p.104).

Há, portanto, uma seleção dentre os mais vulneráveis para que sejam atendidos, além da precariedade dos serviços ocasionados pela redução de investimentos na política de saúde, como alerta Bravo (2009), segundo ela há um desfinanciamento contínuo propositadamente, com intenção de favorecer a privatização dos serviços de saúde, política própria do sistema neoliberal.

A legislação que regulamenta o programa TFD deixa inúmeras brechas para que este não seja executado de modo a alcançar o maior número de pacientes, quando em seu art. 4º afirma que só serão autorizados os procedimentos de “acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado” (BRASIL, 1999).

Assim, sob justificativa de inexistência de dotação orçamentária muitos governantes deixam os pacientes desamparados, a redução de investimento no

programa é visível, os profissionais enfrentam dificuldades na execução deste, tendo em vista a redução de recursos.

Sobre os recursos para a manutenção do programa TFD, o manual do TFD do estado do Maranhão prevê que, “[...]será custeado por recursos oriundos do Sistema único de Saúde – SUS, alocados no teto financeiro de Média e Alta Complexidade estadual (Interestadual) e municipal (Intermunicipal)” (MARANHÃO, 2010).

O sofrimento dos pacientes beneficiários do programa TFD no município de Chapadinha já foi noticiado diversas vezes em rede nacional, trata-se dos pacientes renais, uma das patologias atendidas pelo programa.

Mesmo com a garantia de recursos destinados pelo BNDS para a construção de um Centro de Hemodiálise, com previsão de entrega para 2015, conforme informações amplamente divulgadas em rede nacional, nunca foi construído. Em maio de 2016, após inúmeras denúncias de descaso com os pacientes que necessitam realizar hemodiálise na capital, cerca de 240 km de Chapadinha, a Defensoria Pública Estadual, Núcleo de Chapadinha através do defensor público Renan Reis entrou com ação civil pública nº 4354-63.2016.8.10.0031[6], e em decisão judicial proferida nos autos, em maio de 2018, foi determinado o sequestro de R$ 1.010.000,00 (um milhão e dez mil) das contas do governo do estado, porém segue sem nenhuma obra no local.

Após a inauguração do Hospital Regional, no município de Chapadinha em agosto de 2018, os pacientes renais passaram a realizar hemodiálise no próprio município. São 10 (dez) cadeiras para realização do procedimento, no momento funcionando de 07h00 da manhã às 21h00. Assim, segundo informações das assistentes sociais que atuam no TFD, esses pacientes deixaram de ser beneficiários do programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD.

[6] Informações obtidas em consulta pública realizada no sistema Juris Consult.

5.2 Chapadinha/MA, lócus da pesquisa

Figura 01- localização do município de Chapadinha, no estado do Maranhão.



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Chapadinha

O município de Chapadinha compreende área territorial de 3.247,385 km², fica a 243 km da capital São Luís, com uma população de 73.350, segundo o último censo realizado em 2010, porém, a população estimada conforme o mesmo órgão, era de 79.145 pessoas, em 2018. Situado no Leste maranhense é uma das cidades mais populosas da Região do Baixo Parnaíba, sendo inclusive conhecida como “capital do Baixo Parnaíba”.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM, conforme o último censo é 0,604, considerado médio, numa escala em que quanto mais próximo de 1(um), indica maior grau de desenvolvimento. Esse índice é medido levando-se em conta 3 (três) fatores: a longevidade, a educação e a renda dos habitantes de cada município brasileiro. O comércio e o funcionalismo público são a base da economia chapadinhense.

Na área da saúde, há diversos empreendimentos privados, sendo um hospital, e 06 (seis) clínicas que ofertam consultas e exames além de procedimentos estéticos. No setor público temos um hospital regional que atende demandas de toda região do Baixo Parnaíba, um hospital municipal que responde às demandas de urgência e emergência, uma maternidade e diversos postos de saúde na zona urbana e rural, somando um total de 29 estabelecimentos do SUS, conforme dados do IBGE de 2009. Ressalta-se, que o município de Chapadinha atende não apenas a demanda própria, mas também a municípios vizinhos.

No município estudado são realizados procedimentos de média complexidade[7], com a inauguração do novo hospital regional, no final do ano de 2018, a expectativa é que as demandas consideradas de alta complexidade sejam atendidas também. O Ministério da Saúde assim define média complexidade:

> A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2011)

Alta complexidade, conforme definição do site oficial do Ministério da Saúde,

> Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico (BRASIL, 2011).

A economia chapadinhense é baseada principalmente no comércio e funcionalismo público municipal, segundo dados do Instituto de Geografia e Estatística – IBGE, em 2016, o rendimento mensal médio era de 2 salários mínimos, e cerca de 51, 9% da população sobrevive com pouco mais de meio salário mínimo. Ressalta-se que grande parte da população é beneficiária do Programa Bolsa Família – PBF. Atualmente 14.321 famílias estão cadastradas.

As famílias que fazem parte do referido programa são indivíduos que têm renda per capita de 89,01 a 178,00, e que possuam crianças de 0 a 17 anos em sua composição, o que os classifica como situação de extrema pobreza e pobreza, conforme dados do portal do Ministério da Cidadania.

Dados do IBGE de 2008 mostram que apenas 16,1% da população chapadinhense têm acesso ao esgotamento sanitário adequado. O acesso ao saneamento básico é um dos determinantes do processo saúde-doença, segundo a Organização Mundial da Saúde- OMS, ou seja, as condições em que a pessoa vive e/ou trabalha determinam o percentual de adoecimento. Saneamento básico engloba o manejo e tratamento da água potável, coleta e tratamento de esgoto, coleta e

[7] Para maiores informações acerca dos procedimentos que englobam a média e alta complexidade, acessar o site do Ministério da Saúde, que há disponível material de apoio que especifica cada procedimento de média e alta complexidade.

destinação adequada do lixo, etc. estas são medidas fundamentais que determinam a qualidade de vida da população.

6 METODOLOGIA

A realização da presente pesquisa deu-se a partir da vivência no setor aonde funciona o programa Tratamento Fora de Domicílio – TFD, no município de Chapadinha oportunidade proporcionada pelo estágio supervisionado. Diante das dificuldades enfrentadas pelos pacientes do referido programa, observadas pelas discentes surgiu a inquietude e desejo de estudar tais obstáculos e compreender como o/a assistente social poderia cooperar para melhor execução deste programa TFD e consequentemente o acesso aos serviços de saúde pública e apropriação destes enquanto direito garantido pela CF/88.

Minayo (1998), esclarece o que é pesquisa bem como sua relevância para a comunidade acadêmica

> Entendemos por pesquisa a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula o pensamento e ação, ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar um problema da vida prática. (MINAYO, 1998, p.17)

Os sujeitos da pesquisa foram alguns pacientes do TFD e as assistentes sociais que atuam na execução do programa, a escolha justifica-se tendo em vista a intenção de compreender o olhar destes acerca desse programa e, portanto, ninguém melhor que eles que usufruem deste serviço, para esclarecer sobre o funcionamento do programa e entraves enfrentados para se ter acesso à saúde enquanto direito.

Através de intensa pesquisa bibliográfica foi construído o referencial teórico, alguns autores utilizados nessa construção foram: Bravo (2009), Bravo (2012) que traz um perfil da política de saúde no Brasil, desde a idealização do SUS e as dificuldades para sua implementação.

Por meio dos estudos de Santos (2018) e Azevêdo (2015), em suas teses de dissertação foi possível conhecer um pouco sobre a execução do programa TFD em municípios da Bahia e Piauí e analisar a relação com a execução no município de Chapadinha.

Behring; Boschetti (2009) e Faleiros (2006), contribuíram de forma significante com seus estudos acerca das políticas sociais e Fleury (2009) auxiliando com estudos acerca da Reforma Sanitária. Guerra (2000) e Iamamoto (2015) trazem

subsídios acerca da atuação profissional bem como o objeto de trabalho do profissional de Serviço Social, a questão social.

Através de pesquisa de campo realizada, no final do segundo semestre do ano de 2018 e início do primeiro semestre do ano de 2019, tendo como lócus de pesquisa o próprio prédio aonde funciona o setor responsável pelo programa, Casa de Apoio e viagem na van responsável pelo transporte dos pacientes, foi oportunizado a coleta de dados. Lakatos (2003), assim define os objetivos da pesquisa de campo,

> [...] conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. (...) Consiste na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los. (LAKATOS, 2003, p. 186).

Gil (2002) ressalta que esse tipo de pesquisa proporciona dados mais fidedignos, tendo em vista a maior participação do pesquisador no local, a vivência com os sujeitos permite que estes ofereçam respostas mais confiáveis, requer também maior dedicação e tempo. Isso foi perceptível na realização da pesquisa, é preciso dedicação para melhor obtenção dos dados. A vivência neste campo durante o estágio supervisionado foi determinante para a escolha do tipo de pesquisa.

O instrumento de coleta utilizado junto aos pacientes foi o questionário padronizado com questões fechadas e de múltipla escolha, e com as assistentes sociais foi utilizado questionário estruturado com questões abertas. A escolha do quantitativo de pacientes deu-se de acordo com a disponibilidade destes em colaborar com a pesquisa.

Foram realizadas visitas à algumas residências, porém não foi possível entrar em contato com um número maior de pacientes, tendo em vista que alguns residiam em bairros distantes e outros na zona rural. Alguns questionários também foram aplicados na Casa de Apoio, porém no dia escolhido haviam poucos pacientes hospedados.

Assim, optou-se por buscar potenciais sujeitos da pesquisa no local em que funciona o setor do programa TFD. Dessa forma foi possível aplicar questionários com cerca de 4% do total de pacientes cadastrados no programa. Buscou-se aplicar questionário junto aos pacientes que vinham em busca de passagens e autorização

de estadia na Casa de Apoio. Foram entregues questionários aos que se propunham participar da pesquisa, após os dados foram tabulados e analisados.

Para isso, foi utilizado o método quanti qualitativo, a junção dos métodos, quantitativo e qualitativo, permitindo maior aproveitamento da pesquisa. Enquanto o primeiro traduz opiniões em números, e através de técnicas estatísticas quantifica os dados obtidos, o segundo por sua vez, proporciona maior liberdade na exposição destas. Gunther (2006) justifica que a utilização de ambos os métodos permite recolher mais informações, se comparado com o uso isolado.

Sob a perspectiva do materialismo histórico e dialético foi possível analisar os dados obtidos. Ferreira (2015) destaca que, segundo esta teoria as circunstâncias e os acontecimentos são influenciados pela condição material em que os indivíduos estão inseridos,

> O materialismo histórico é uma teoria elaborada por Marx, sobre toda e qualquer forma produtiva criada pelo homem de acordo com seu ambiente ao longo da história, onde se evidencia que os acontecimentos históricos são determinados pelas condições materiais econômicas da sociedade. Dentre os conceitos básicos do materialismo histórico, revelam–se as questões das forças produtivas, relações de produção, modo de produção, meios de produção, infra-estrutura, super-estrutura, classe social, luta de classes. (FERREIRA, 2015, p. 7).

Dessa forma, os acontecimentos são delimitados de acordo com a classe em que o indivíduo está inserido. Ou seja, pelas condições materiais e históricas de sua existência, nada ocorre ao acaso, mas são determinações inerentes à classe que faz parte. Quando há contradição entre a ideia dominante e dominada, abre-se possibilidade de transformação, o chamado movimento dialético. Esse era o modo como Marx apreendia a realidade.

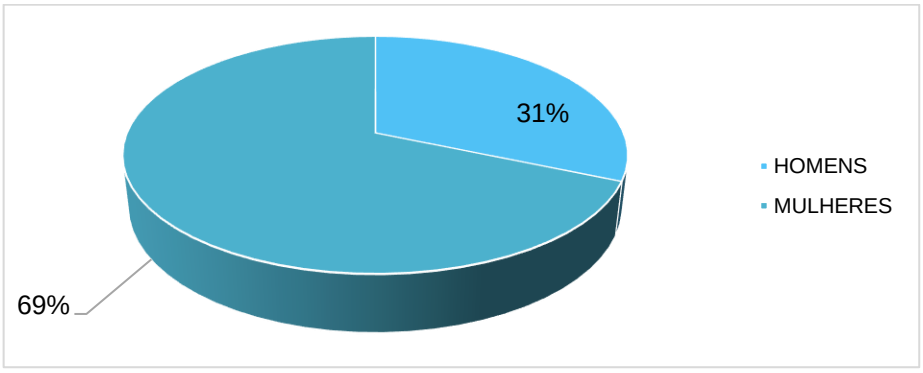
Sob essa perspectiva foi realizado a presente pesquisa e analisado os dados, os resultados obtidos após análise de cada dado, serão apresentados no capítulo seguinte.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos da pesquisa, foram cerca de 4% do total de pacientes cadastrados no programa Tratamento Fora do Domicílio- TFD do município de Chapadinha -MA, bem como duas assistentes sociais que fazem parte da equipe que executa o programa. Atualmente o setor em que o programa funciona fica no prédio do Centro de Saúde Benú Mendes -CSBM. Conforme informações obtidas com as assistentes sociais que atuam na execução do programa TFD, atualmente há cerca de 900 pessoas cadastradas no programa TFD. Foram aplicados questionários junto à cerca de 4% desse total.

7.1 Perfil dos pacientes do programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD, do município de Chapadinha-MA

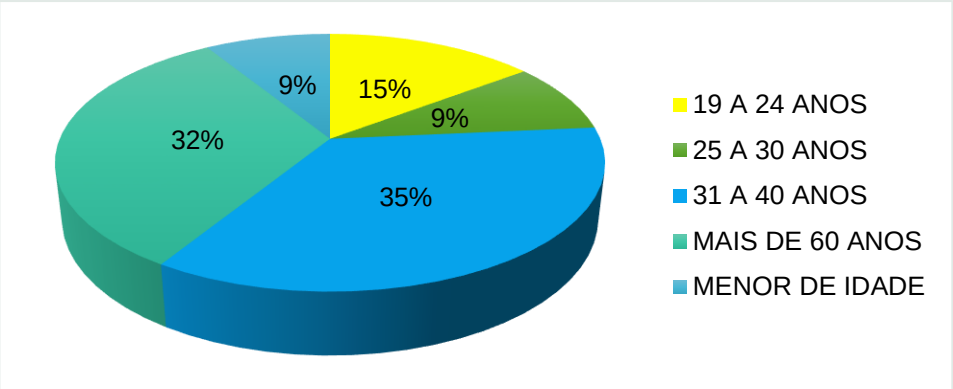
Gráfico 01– Perfil dos pacientes do programa TFD, no município de Chapadinha-MA.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

O gráfico 01 mostra que a maioria dos pacientes é composto por mulheres, (69%) os pacientes do sexo masculino correspondem a 31% do total. O gráfico 02, mostra a faixa etária dos pacientes do programa TFD, deixando visível o alto percentual de idosos, 32% do total.

Gráfico 02 – Faixa etária dos pacientes do TFD.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Pesquisa realizada por Santos (2018), mostra perfil semelhante em relação ao gênero dos pacientes do programa TFD, na região de saúde de Alagoinhas no estado da Bahia,

> No que diz respeito ao perfil dos usuários atendidos, a pesquisa revelou-se tratar majoritariamente de mulheres e idosos, os quais, por unanimidade, foram descritos enquanto pessoas em vulnerabilidade socioeconômica [...]. (SANTOS, 2018, p.122)

Chama atenção também o percentual de pacientes com a faixa etária de 31 a 40 anos, representam 35% do total de entrevistados (gráfico 02), que realizam tratamento, o principal motivo é insuficiência renal e neoplasia maligna.

No município de Chapadinha os dados coletados mostram informações similares. A tabela 07 mostra que 69% dos pacientes são lavradores(as), 43% com composição familiar com mais de dois membros e 69% com renda familiar de até 01 salário mínimo, o sustento de muitas dessas famílias depende da aposentadoria de grande parte destes pacientes 32% são pessoas acima de 60 anos, conforme o gráfico 02.

Dessa forma, o programa TFD é a única saída quando se precisa de tratamento especializado de média e alta complexidade, são indivíduos que vivem em situação de extrema vulnerabilidade social e, portanto, sem acesso à esses serviços essenciais à promoção da saúde.

Tabela 07- Perfil socioeconômico dos pacientes do TFD.

Renda familiar	69% recebem até 01 salário mínimo	20% recebem mais de 01 salário mínimo	11% recebem mais de 02 salários mínimos	-----
Composição familiar	43% mais de 02 membros	37% mais de 05 membros	20% até 02 membros	
Inserção em programas sociais	46% das famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF	20% das famílias são beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada - BPC	34% não estão inseridos em nenhum programa social, por não ter perfil	------
Profissão	69% lavrador(a)	16% aposentado (a)	9% servidor público	6% desempregado(a)

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

A focalização é clara na execução do programa TFD e contraria o princípio da universalidade, segundo o qual o acesso à saúde pública de qualidade é direito de todos, os serviços de saúde pública deveriam ser acessados por todo cidadão, conforme previsto na CF/88. Santos (2018) em sua dissertação de mestrado afirma com categoria que a grande maioria dos cidadãos em situação de vulnerabilidade social é que buscam esses serviços, quem pode pagar não os utiliza.

> [...] é possível verificar a tendência dos serviços serem voltados para a população “excluída” ofertadas de forma focalizada. Assim, no PTFD podemos afirmar que há uma dualidade discriminatória entre aqueles que podem arcar com planos de saúde privados e aqueles não podem pagar por tais serviços. Seus critérios acabam por fazer uma seletividade associada à focalização, resultando num acesso aos comprovadamente vulneráveis economicamente, mesmo sem condicionalidade estar expressa.(SANTOS, 2018, p.122)

Apesar de regida pelo princípio da universalidade, conforme a Carta Magna de 1988, a política de saúde, materializada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, é acessada em sua maioria absoluta por indivíduos em situação de extrema vulnerabilidade social, que dependem de programas sociais para ter um mínimo de dignidade humana. O programa em si não exige condicionalidades, mas na aplicação

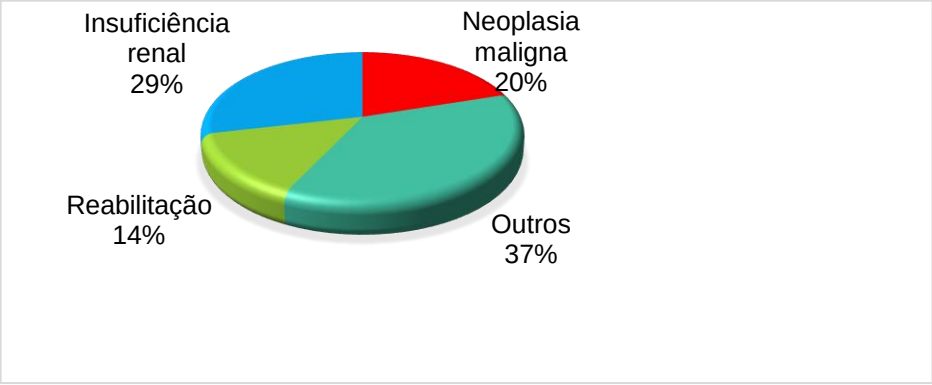
é perceptível que apenas os “excluídos” socialmente é que buscam auxílio para realização de tratamento através do TFD.

A tabela 07 mostra ainda que 6% dos entrevistados estavam desempregados, 46% dos pacientes são beneficiários do Programa Bolsa Família – PBF, e 20% dependem do Benefício de Prestação Continuada – BPC, este último é concedido à pessoa com deficiência ou idoso que não dispõem de condição de prover seu sustento, recebem mensalmente um salário mínimo. Acerca do BPC, Sposati (2013) destaca que os critérios de acesso a esse programa social têm caráter seletivo e injusto

> [...]direcionado a pessoas com deficiência (desde a primeira infância), é operada por “tripla barreira”:1 o requerente não pode alcançar o *per capita* de renda familiar de um quarto do salário mínimo; o requerente não pode ter outro membro da família com benefício, pois ele será considerado no cálculo do *per capita* (o que não ocorre com idosos); o requerente deverá mostrar que sua deficiência é durável, isto é, permanecerá após dois anos. Ao que parece, faltou considerar que viver dois anos sob fragilidade não só agudiza a deficiência como pode ampliar a perecibilidade da própria vida. (SPOSATI, 2013, p.654)

Dessa forma, os pacientes do programa TFD no município de Chapadinha são cidadãos com condições mínimas de subsistência, não há condições de pagar por tratamentos em clínicas particulares, ou pagar pelo deslocamento até a capital, o TFD torna-se o único meio de acesso ao tratamento de saúde a que necessitam.

Gráfico 03 – Principais tratamentos.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Gráfico 04 – Principais procedimentos realizados.



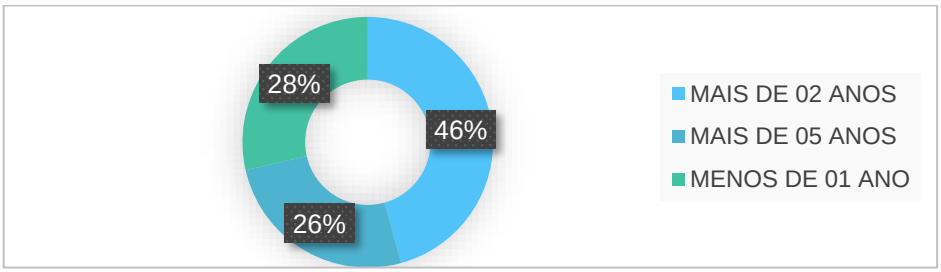
Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

O gráfico 03 mostra os principais tratamentos realizados através do programa TFD no município estudado, 20% dos entrevistados faziam tratamento de neoplasia maligna, 29% são portadoras de insuficiência renal, apesar de realizar o procedimento de hemodiálise no hospital regional de Chapadinha, continuam indo à capital para realizar exames e acompanhamento médico não disponibilizados ainda no município. O gráfico 04 demonstra que 71% dos pacientes realizam consultas e exames através do TFD.

O gráfico 03, mostra 37% dos casos classificados como “outros”, para melhor compreensão, segue os tipos de doenças assim classificados para fins da presente pesquisa. São casos de: HIV, disfunção da tireóide, anemia grave, gravidez de risco, doenças hepáticas, doenças cardiovasculares, doenças arteriais e oftalmológico.

Ainda no gráfico 03, os casos classificados como “reabilitação”, 14%, são relacionados à pessoa com algum tipo de deficiência física ou mental, microcefalia, partos prematuros, reabilitação após acidentes de trânsito, etc.

Gráfico 05 – Tempo de inserção no programa TFD.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Acerca do tempo de inserção no TFD, percebe-se através do gráfico 05, que dos sujeitos da pesquisa entrevistados 26% realizam tratamento a mais de 05 anos, enquanto que 46% afirmam que estão inseridos a mais de 02 anos, são indivíduos que realizam tratamentos contínuos a exemplo dos portadores de insuficiência renal e tratamentos contra o câncer, conforme atesta a figura 04. Azevêdo (2015) destaca a importância do programa TFD, frente à falta de estrutura dos municípios brasileiros para dar respostas à população referente aos tratamentos de saúde.

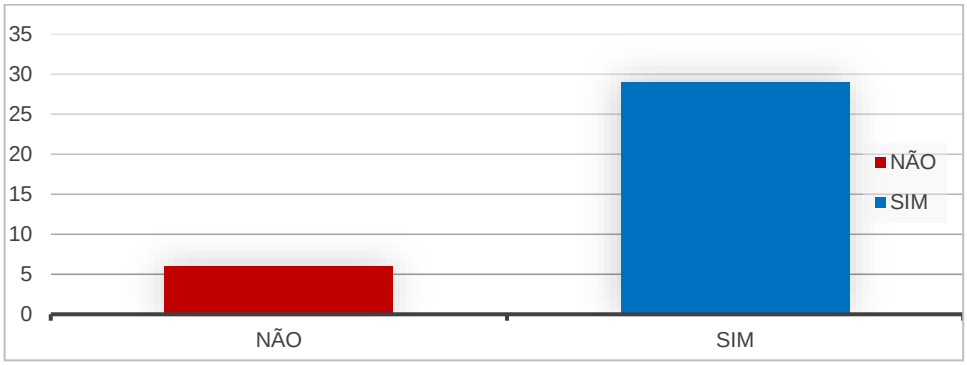
> Neste sentido, o TFD constitui-se em instrumento inconteste para a consecução dos objetivos da Política Nacional de Regulação, pois viabiliza o acesso do tratamento de saúde aos usuários do SUS e contribui para mitigar os efeitos decorrentes da falta de estrutura da rede assistencial, principalmente nos municípios das regiões mais distantes do Brasil. (AZEVÊDO, 2015, p.110).

O TFD é fundamental no processo de assistência especializada aos serviços de saúde, como bem destaca o autor, não sendo diferente a percepção das autoras na presente pesquisa. Perguntados acerca da importância do programa TFD, 83% afirmam categoricamente que sem o TFD, não conseguiriam custear o tratamento a que necessitam. Azevêdo (2015) afirma que este contribui de forma significativa para a universalização do acesso à política de saúde, apesar da focalização das ações,

> O TFD, ao atingir de forma eficiente o seu objetivo, que é o de proporcionar o acesso dos usuários do SUS aos serviços necessários para o restabelecimento de sua saúde, na forma de passagens e ajuda de custo para hospedagem e alimentação enquanto durar o tratamento, torna-se elo entre o paciente e o tratamento e contribui de maneira definitiva para tornar possível o princípio da universalização do acesso à assistência à saúde. (AZEVÊDO,2015, p.110)

Ainda sobre a situação de vulnerabilidade social dos pacientes desse programa, a pesquisa aponta que 14% dos pacientes ouvidos possuem algum tipo de deficiência física ou mental, há ainda aqueles que são menores de idade, 9% do total como mostra o gráfico 02, que são acompanhados pelas mães, casos de microcefalia, e/ou bebês que nasceram prematuros.

Gráfico 06 – Demonstrativo de pacientes que sabem que o programa TFD é um direito.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

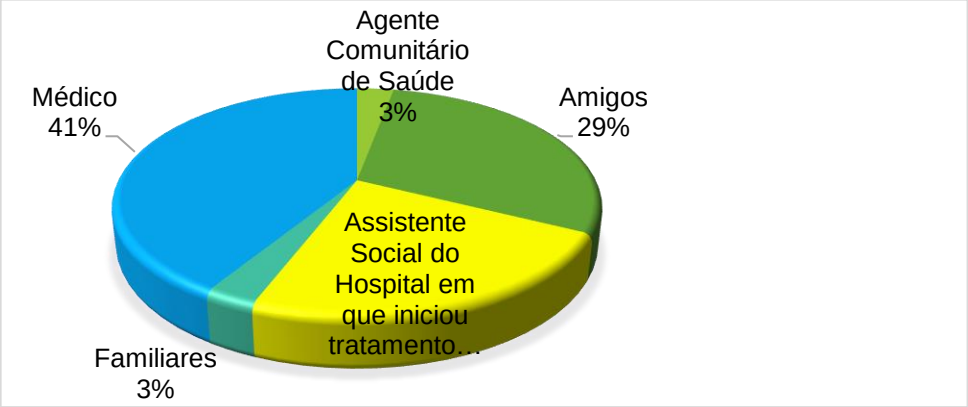
Imprescindível destacar que 83% dos entrevistados, têm convicção de que o programa TFD é um direito (gráfico 06). Fechine, Rocha e Cunha (2014) destacam em seu artigo que, após a promulgação da Constituição em 1988, houve apropriação das políticas sociais enquanto direito, mesmo havendo muito a avançar na divulgação de tais direitos e luta pela efetivação.

> Em uma análise da política social no Brasil, especificamente tendo como lapso temporal a década de 1980 em diante com a promulgação da Constituição Federal, instala-se uma nova conjuntura na conquista dos direitos sociais a partir do que propõe a Carta Magna em seus fundamentos. (FECHINE; ROCHA; CUNHA, 2014, p. 58)

A pesquisa mostra ainda que, apenas 14% dos entrevistados já recorreram ao Ministério Público, para garantia da execução do programa, a principal reclamação é relacionada às passagens terrestres, que só são emitidas para viagens durante três vezes na semana, às segundas, quartas e sextas, não alcançando os pacientes que por vezes têm procedimentos a realizar em dias em que o transporte não funciona ou obrigando-os a viajar até dois dias antes da data da realização do procedimento, ou em muitos casos, o paciente perde o procedimento.

Problema semelhante observado por Santos (2018) em sua pesquisa realizada no estado da Bahia, “[...]as denúncias que foram ao Ministério Público ocorreram por [...] questão de transporte para deslocamento, havendo também processos judiciais, de usuários exigindo o repasse de valores do TFD. (SANTOS, 2018, p.127).” A falta de informação acerca da transparência dos valores repassados também é uma das reclamações dos pacientes no município de Chapadinha.

Gráfico 07 – Como conheceu o programa TFD.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Essencial destacar que os médicos contribuem significativamente para a divulgação do programa TFD, 41% dos usuários ouviram falar do programa pela primeira vez através desses profissionais (gráfico 07). Além de encaminhar ao setor em que funciona o TFD, são responsáveis por atestar a necessidade de tratamento fora do domicílio em que o paciente reside. Como mostra o Manual do TFD (MARANHÃO, 2010)

> A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS, em formulário próprio, e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso. (SES,2010)

O médico assistente do paciente geralmente é um clínico geral com quem o paciente realiza a primeira consulta em Unidades Básicas de Saúde – UBS, havendo necessidade de continuação de tratamento considerado de média ou alta complexidade são encaminhados ao setor do TFD.

Percebe-se também a figura do profissional do Serviço Social dos hospitais em que estão inseridos, 24% dos pacientes ouviram falar do programa inicialmente através dos (as) assistentes sociais, são casos em que o paciente já realizava tratamento antes da inserção no TFD, e após a informação, buscaram auxílio para seguir com os procedimentos. Seguidos por amigos, 29%, e 3% dos pacientes conheceram o programa através de Agentes Comunitários de Saúde – ACS, os familiares somam 3% desse total (gráfico 07).

7.2 Percepção dos pacientes quanto à execução do programa TFD, no município de Chapadinha - MA.

A seguir será mostrado como os pacientes avaliam a execução do TFD no município de Chapadinha, vale lembrar que a ajuda de custo para estadia e alimentação prevista na Portaria 55/99, foi convertida em aluguel de uma casa na capital maranhense que acolhe os pacientes do TFD e fornece café da manhã e almoço, e o transporte terrestre é feito através de uma van, alugada pela secretaria de saúde do município, que viaja três vezes por semana e transporta 17 pacientes em cada viagem.

Tabela 08 – Percepção dos pacientes acerca da execução do programa TFD

Transporte	63% avaliam como bom	17% ruim	11% afirmam não utilizar o transporte	9% péssimo
Casa de Apoio	63% sente-se bem acolhido	8% ambiente agradável	20% não hospeda-se na casa	9% não se sente bem acolhido

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

A tabela 08 mostra que os pacientes avaliam bem o transporte, 63% deles consideram bom, vale lembrar ainda que as autoras viajaram com os pacientes na mesma van e percebeu-se que estava em bom estado de conservação, além da comodidade e segurança. Porém na avaliação dos pacientes, 17% consideram o transporte ruim e 9% péssimo.

Tem-se ainda um percentual de 11% que afirmam não utilizar esse serviço, a justificativa é que os procedimentos nem sempre são realizados nos dias que a van funciona (segunda, quarta e sexta), tendo em vista que a marcação de consultas e exames é realizada pela Cemarc em São Luís, não há como prevê o dia que será agendado, obrigando os pacientes a pagarem a passagem, quando podem, em diversos casos relatados os pacientes perdem e têm que aguardar novo agendamento, o que pode levar meses.

Acerca da Casa de Apoio, as pesquisadoras realizaram visita in loco com fins de conhecer a realidade dos pacientes, foi constatado através da pesquisa que muitos pacientes reclamam da distância entre a Casa e os hospitais, para acessar os hospitais é necessário pagar táxi ou pegar ônibus, a parada mais próxima fica a dez minutos de caminhada da casa, assim, pessoas com deficiência, mães com criança de colo e idosos, têm muita dificuldade de chegar até os hospitais. Dessa forma 20% dos entrevistados afirmam não se hospedarem na Casa.

Aqueles que precisam permanecer por vários dias na cidade realizando exames ou consultas, são os que se hospedam e avaliam positivamente o local, 63% sente-se bem acolhido, 8% considera o ambiente agradável enquanto que apenas 9% não se sente bem acolhido.

7.3 Percepção dos pacientes quanto ao trabalho das assistentes sociais

Tabela 09 – Avaliação dos pacientes acerca do trabalho das assistentes sociais inseridas no TFD em Chapadinha

Como avaliam o trabalho do/a assistente social no programa TFD?	**Profissional esclarece o que é o programa TFD?**	**Sobre a execução do TFD**
66% avaliam como bom	63% afirmam que as assistentes sociais sempre esclarecem o que é o programa TFD.	57% demonstraram-se insatisfeitos.
20% ruim	37% dizem que não há esclarecimento acerca do funcionamento do programa TFD.	43% dizem estar satisfeitos com a forma como o programa é executado.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Perguntados acerca da atuação da/ do assistente social na execução do TFD, (tabela 09), a maioria dos pacientes avaliam de forma positiva o trabalho destes profissionais, 66% consideram bom, 20% ruim e 14% muito bom.

É perceptível que os pacientes tendem a avaliar de acordo com a efetividade do trabalho, ou seja, se “resolveu” o problema, se conseguiu a passagem, se agilizou a marcação da consulta ou exames. Sabe-se, porém, que o/a assistente social é parte de uma grande equipe multidisciplinar, e que os entraves pertinentes à execução do programa são gigantescos, o TFD, bem como o SUS como um todo, sofre com o desfinanciamento. Bravo (2009) afirma que essa é uma das estratégias do sistema neoliberal com a finalidade de estimular o setor privado da saúde.

Apesar do artigo 4º da portaria 55/99 determinar que cada município deve executar o TFD de acordo com a sua previsão orçamentária, não há legislação municipal regulamentando o percentual de recursos destinados ao programa TFD no município de Chapadinha.

O Manual de Tratamento Fora do Domicílio, documento elaborado pela SES, ratifica essa determinação, “O Tratamento Fora do Domicílio Intermunicipal é

responsabilidade de cada Município, pois os recursos estão alocados nos seus respectivos tetos financeiros[...] (MARANHÃO, 2010).” Não há como saber de fato, qual o percentual dos recursos destinados para a execução do programa, essa falta de transparência é a principal reclamação dos pacientes.

Sobre a execução do programa TFD, 63% afirmam que as assistentes sociais realizam esclarecimento do que é o programa e como funciona, fazendo jus ao que prevê na Lei 8662/93, sendo uma das competências profissionais previstas no artigo 4º, inciso III, “[...] prestar orientação social à indivíduos, grupos e à população”. Dos pacientes entrevistados 37% afirmam não receber informações acerca do programa, apenas recebem autorização de passagem e estadia, porém não sabem como o programa funciona (tabela 09).

As profissionais do Serviço Social são vistas como elo entre o paciente e a garantia de acesso aos serviços de saúde, essenciais para o funcionamento deste programa. Vasconcelos (2009), afirma que a prática profissional define como o/a assistente social será reconhecido. “É pelo conjunto da prática dos assistentes sociais que a profissão de Serviço Social é reconhecida ou não, valorizada ou não, respeitada ou não, conquistando sua autonomia e espaços, ou não” (VASCONCELOS, 2009, p. 245).

Sobre a avaliação geral do programa TFD, 43% dos entrevistados demonstraram-se satisfeitos, enquanto que 57% dos entrevistados (tabela 09), demonstraram-se insatisfeitos e justificam afirmando que não há transparência quanto ao repasse dos valores e que gostariam de receber em conta bancária, tendo em vista que não há disponibilidade de transporte todos os dias e nem vaga para todos, dessa forma poderiam seguir com o tratamento de acordo com a necessidade.

7.4 Perfil das assistentes sociais que atuam no TFD no município de Chapadinha

Foi aplicado questionário junto às assistentes sociais que atuam no programa TFD, objetivando conhecer o perfil destas profissionais, bem como os entraves enfrentados para a consolidação do acesso à saúde pública no município de Chapadinha, considerando que o TFD é um instrumento de universalização do acesso à política de saúde. Nomeou-se AS 01 e AS 02 as profissionais entrevistadas, com finalidade de dinamizar os dados obtidos

Tabela 10 – Perfil das assistentes sociais que atuam na execução do programa TFD, em Chapadinha.

Perfil profissional	**AS 01**	**AS 02**
Formação profissional	Graduada em Serviço Social, modalidade EAD e pós- graduada Saúde Pública, modalidade presencial.	Graduada em Serviço Social, modalidade presencial e pós- graduanda em Saúde Pública modalidade presencial.
Vínculo empregatício	Contratada	Contratada
Tempo de atuação	7 anos	1 ano e meio

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Atualmente no setor do TFD há duas profissionais do Serviço Social, (tabela 10). Uma atua como coordenadora do programa no município, além de realizar atendimentos juntamente com a outra assistente social. O vínculo empregatício de ambas é regido através de contrato. Sobre capacitação para execução do programa, ambas afirmam que nunca participaram de cursos ou treinamentos, porém, participam a cada três meses de reuniões com a equipe multidisciplinar para realizar planejamento.

Atuam junto à rede socioassistencial, esta engloba os Centros de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro Especializado em Assistência Social -CREAS, Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II, Unidades Básicas de Saúde – UBS e dessa forma afirmam que têm conseguido atender as demandas. Os principais encaminhamentos realizados são para os Centros de Referência em Assistência Social- CRAS e Unidade Básicas de Saúde – UBS, tendo em vista que esta é a porta de entrada para o TFD. Os encaminhamentos para os CRAS são feitos a partir da verificação da necessidade de cadastro em programas sociais, tais como o BPC e Bolsa Família.

7.5 Entraves burocráticos na execução do programa TFD no município de Chapadinha

Perguntadas acerca das principais dificuldades encontradas no exercício profissional, as profissionais foram unânimes em afirmar que a demanda é muito grande e o transporte insuficiente. Como afirma a AS 01 “o aumento dos usuários cadastrados no Programa, sendo que o transporte disponibilizado já não consegue atender toda a demanda”.

Há aumento significativo de pacientes que necessitam de tratamento de média e alta complexidade e o programa tem sido a alternativa para o acesso aos sistemas de saúde pública. Questionadas sobre as dificuldades com relação ao espaço sócio ocupacional, as assistentes sociais relataram que a falta de instrumentais é outro entrave na execução exitosa do programa, “instrumentais insuficientes para realização dos atendimentos” (AS 02).

Faltam materiais básicos, papel para autorização de viagens, internet para acesso ao e-mail e *sites*, há casos que só se agenda consulta através de *site* do estabelecimento de saúde. Isso foi notório durante a vivência proporcionada pelo estágio supervisionado. Ademais, as profissionais não se limitam e seguem com as mediações dentro das possibilidades que lhes são concedidas, enfrentam ambiente de trabalho precário, mas lutam diariamente para dar respostas às demandas.

Iamamoto fala dos desafios diários enfrentados pelos profissionais de Serviço Social, segundo ela:

> Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de *decifrar a realidade e* construir *propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano.* Enfim, ser um profissional *propositivo e não só executivo.* (IAMAMOTO, 2015, p. 20)

A principal preocupação é dar respostas imediatas, em se tratar de saúde é compreensível, pois não há como esperar, ainda que não consigam sempre dar respostas às demandas. Em meio aos inúmeros atendimentos diários, as profissionais afirmam que conseguem esclarecer o que é o programa TFD, apesar de 37% dos pacientes afirmarem o contrário. O Código de Ética do/a Assistente Social, coloca como um dos deveres deste profissional, artigo 5º, alínea “g”, “esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional” (CEFESS, 2010)

Há uma carência de ações voltadas para a conscientização dos pacientes acerca do potencial que detêm, em relação à mobilização junto aos órgãos competentes para que haja melhoria nos serviços, as expressões da questão social latentes devem ser utilizadas como combustíveis, para a mobilização popular em prol da melhoria dos serviços públicos tão precários. Duriguetto (2017) assim expressa

> Numa palavra, foram as lutas sociais que transformaram a 'questão social' numa questão política e pública. Essa expressão pública e política da 'questão social' é uma mediação fundamental para as organizações e movimentos sociais das classes subalternas explicitarem os conflitos de classe e de seus interesses e lutarem para a construção de seus projetos societários. (DURIGUETTO, 2017, p.85)

A participação popular é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços, bem como apropriação das políticas sociais enquanto direito, o profissional do Serviço Social deve, de acordo com o CEP, estimular a participação da população nas decisões, artigo 5º alínea "a", afirma que este é um dos deveres dos/as assistentes sociais em relação aos usuários, "contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais;" (CEFESS, 2010).

Ambas as profissionais afirmam ter autonomia nas decisões relacionadas ao programa TFD, porém afirmam que não se sentem valorizadas. Portanto, a atuação do/a assistente social na política de saúde enfrenta entraves diários para sua execução, ambientes insalubres, risco iminente de contrair doenças, atuam no regime hierárquico em que muitas vezes outros profissionais tentam sobrepor-se aos profissionais.

Há uma luta diária na definição de espaço e atribuições, nem sempre são respeitados, o norte para a profissão é o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão, Lei 8662/93. É desafiador atuar com base no princípio ético-político da profissão, diante da precariedade dos espaços sócio-ocupacionais e a pressão "normal" do sistema hierárquico.

Outro desafio constante é sair da mera atuação técnica e evoluir para uma atuação que supere a imediaticidade. Com planejamento e definição de estratégias, é possível exercer a profissão de modo a contribuir com a emancipação do sujeitos e apropriação da saúde como direito de todos os indivíduos indistintamente, bem como a obrigatoriedade do Estado em provê-la.

Diante dos resultados obtidos, percebeu-se que há necessidade da ampliação dos estudos como forma de continuação da investigação da temática, bem como contribuição com a sociedade em geral ao levar conhecimento acerca da saúde como direito e instigar a luta pela implementação do SUS, bem como estimular a resistência ao projeto privatista que busca retirar o real sentido da criação do SUS.

Ademais, o profissional do Serviço Social precisa atuar com criticidade e comprometimento com o projeto ético-político da profissão. Esse compromisso é essencial para a garantia de um SUS universal e igualitário, sob a premissa de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. É preciso reforçar o compromisso com a população e não os objetivos da instituição.

8 CONCLUSÃO

Saúde pública de qualidade e acessível a toda a população ainda é utopia nesse país, dos diversos princípios que norteiam a política de saúde, o princípio da universalidade se mostra o mais difícil para se concretizar. A focalização das ações contrariam esse princípio, há um *"apartheid"* presente no acesso à saúde no Brasil, ricos/ou assalariados utilizam planos de saúde e pobres utilizam o SUS, retirando o real sentido desse sistema idealizado pela Reforma Sanitária.

O programa Tratamento Fora de Domicílio – TFD, surgiu como forma de universalizar o acesso aos serviços de saúde, mesmo não havendo condicionalidades, percebeu-se através da pesquisa que no município de Chapadinha, é acessado quase que exclusivamente por pessoas que não têm condições financeiras, por vezes essa é a última saída para a realização de tratamentos de média e alta complexidade existentes apenas na capital.

O profissional do Serviço Social se insere como mediador entre os pacientes e o programa TFD, muitos pacientes expressaram a relevância do trabalho das assistentes sociais, que apesar de toda a dificuldade enfrentada no exercício profissional, lutam diariamente pela garantia de acesso à um direito constituído e "garantido" pela Carta Magna há mais de duas décadas.

A pesquisa foi proposta com objetivo de identificar os entraves burocráticos no acesso ao programa TFD, e qual a contribuição dos/as assistentes sociais frente à esses entraves, inicialmente foi levantada a hipótese de que o entrave principal era relacionado ao funcionamento do transporte que é essencial ao pleno funcionamento do programa. Hipótese confirmada, percebeu-se que esta é a principal reclamação dos pacientes e das profissionais, segundo elas, a demanda aumenta a cada dia e o transporte é insuficiente.

Acerca da contribuição das profissionais na solução desse entrave, percebeu-se que as profissionais são parte de uma equipe multidisciplinar regida pelo sistema hierárquico, e não há como negar que o fato do vínculo empregatício ser regido por contrato, torna-se mais difícil uma mobilização em prol da melhoria da qualidade dos serviços. Mobilizar os pacientes para lutar pela transparência do uso dos recursos destinados à execução do TFD, pela garantia de transporte diário, tendo em vista que o programa é executado dessa forma no município, através do aluguel de uma van. Alguns pacientes chegaram a procurar ajuda dos órgãos de fiscalização

das leis, como a Promotoria de Justiça, não havendo, porém, processo formalizado e nem reposta efetiva, apenas resposta paliativa e assim o problema repete-se diariamente.

Apesar de afirmarem ter plena autonomia na tomada de decisões acerca da execução do TFD, percebeu-se que as profissionais são limitadas pela falta de materiais básicos para execução exitosa do programa, enfrentam ambiente de trabalho insalubre, risco iminente de contrair doenças infecto-contagiosas, sofrem agressões verbais quando não conseguem garantir as passagens, utilizam o próprio telefone para entrar em contato com os pacientes, sendo essa uma necessidade diária bem como manter contato com a equipe da Casa de Apoio, enfim, o exercício profissional nesse campo é permeado por desafios diários.

Diante das demandas e necessidade de respostas urgentes, atuar em consonância com o projeto ético-político é urgente. Buscar saída para além do atendimento imediatista, estimular a emancipação dos sujeitos, bem como o potencial que as classes subalternas detêm para transformar expressões da questão social em força e lutar pela efetividade dos direitos, é essencial para a consolidação do SUS.

É inegável a importância do programa TFD no município, a pesquisa mostrou que mais de 80% dos pacientes não conseguiriam continuar o tratamento, caso o programa deixasse de existir. É necessário que haja melhorias urgentes, trata-se de pessoas que muitas das vezes estão em estágio terminal, não há tempo para esperar, carecem da garantia mínima de dignidade humana durante o pouco de tempo que lhes restam.

Diante dos dados obtidos, as dificuldades observadas e com intuito de contribuir com as profissionais do Serviço Social que atuam no programa TFD, serão listadas algumas sugestões que poderão auxiliar na busca pela melhoria da qualidade dos serviços, bem como na luta pela garantia efetiva de acesso ao direito à saúde.

- Informar os valores dos recursos definidos para execução do TFD no município aos pacientes, evitando responsabilização quanto ao não atendimento das demandas;
- Realizar palestras acerca da forma que o programa é executado no município, pois são instrumentos de fomentação de processos de tomada de consciência;

- Apresentar relatório de atendimentos e demandas não atendidas, à secretaria de saúde, como forma de sensibilização quanto à necessidade de ampliação dos dias de viagens da van;
- Traçar perfil socioeconômico dos pacientes e apresentar à secretaria de saúde, com finalidade de mostrar a importância do TFD para esses indivíduos, considerando que 46% dos pacientes são beneficiários do programa PBF e 20% do BPC, e dessa forma, sensibilizar o gestor a fim de ampliar os investimentos no programa;
- Redefinir a rotina de atendimentos, de forma que uma das assistentes sociais fique responsável pelos atendimentos enquanto a outra organiza os processos dos pacientes e relatórios necessários à prestação de contas mensal.
- Apresentar relatório à secretaria de saúde, quanto à ampliação de recursos materiais e humanos e solicitar contratação de mais um servidor, que atuaria na organização de dados e manutenção/atualização do cadastro de pacientes e auxílio na montagem dos processos de TFD.

Assim, percebeu-se que as profissionais do Serviço Social assumem a responsabilidade de mediar entre o usuário e à política de saúde. A luta pela garantia de acesso aos direitos e a ambiguidade entre servir ao estado ou atender as demandas das classes subalternas, permeia a atuação profissional cotidianamente.

Portanto, os assistentes sociais são essenciais na execução do programa TFD, muito além de um trabalho tecnicista, estas detêm a capacidade de mobilização junto às classes sociais no sentido de lutarem por um SUS universal e igualitário, que ofereça serviços de qualidade e que atenda não apenas as camadas mais pobres da sociedade, é preciso conclamar os usuários a tomar posse da política de saúde como um direito constituído e não benesse.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Y. Justiça manda bloquear R$ 1 milhão do Estado para construção de Centro de Hemodiálise. Disponivel em **https:** //atual7.com/tudo-sobre/centro-de-hemodialise-de-chapadinha MA, São Luis, 2018. Acesso em: 10 Fev 2019.

AZEVÊDO, Sandro Roberto de. **O programa de tratamento fora de domicílio no Piauí:** uma análise de sua implementação a partir das dimensões jurídica, operacional e financeira nos anos de 2009 a 2013. Disponível em:< http://www2.ifrn.edu.br> Acesso em: 10 nov. 2018.

BARROCO, Maria Lúcia Silva; TERRA, Sylvia Helena. **Código de Ética do/a assistente social comentado.**1ª ed, São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social:** fundamentos e história. 9ª ed. Cortez; São Paulo, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma:** desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivaneti. **Seguridade Social no Brasil:** limites e conquistas à sua efetivação. 2009.Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34635928/3.7 pdf>Acesso em: 20 dez.2018.

BRASIL. **Decreto nº 4682 de 24 de janeiro de 1923.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ > Acesso em: 20 dez. 2018.

_____. Portaria SAS 55/99 de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SAI/SUS e dá outras providências.** Brasília, 2014. Disponível em : <http://bvsms.saude.gov.br/ > Acesso em: 04 jan.19.

_____. **Constituição Federal de 1934.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>Acesso em: 25 dez. 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal,1988.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, 1990.

_____. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 218 de 6 de março de 1997.** Brasília, 1997. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao> Acesso em: 02 jan. 2019.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE,** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/chapadinha/panorama> Acesso em: 03 jan. 2019.

_____ **Sistema de Serviço de Informação ao Cidadão – e- SIC.** Disponível em: <http://www.e-sic.ma.gov.br > Acesso em: 13 jan. 2019.

_____Ministério da Cidadania. **Bolsa Família e Cadastro Único.** Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia> Acesso em 15 mar. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária:** Elementos para o debate. In: Serviço Social e Saúde. Mota, Ana Elisabete, et. al. (org) São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza de. Reforma Sanitária e projeto ético político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza de, (org.) **Saúde e Serviço Social**. 5ªed, São Paulo: Cortez, 2012.

_____.**Saúde e Serviço Social no capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____.Política de saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

CEFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.** Brasília: CEFESS, 2010.

_____. **Resolução 383/99 de 29/03/99, caracteriza o assistente social como profissional da saúde.** Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.cfess.org.br> Acesso em: 02 jan. 2019.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Privatização da gestão na saúde e precarização do trabalho no Brasil. In: In: **Serviço Social e Política de Saúde:** ensaios sobre trabalho e formação profissional. FORTI, Valéria e GUERRA, Yolanda (org.), Rio de Janeiro, Lúmen Juris, 2018

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos/as assistentes sociais.** Natal, 2000. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br > Acesso em: 12 nov. 2018.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira:** uma equação possível? 4ªed. São Paulo; Cortez, 2010.

CONASS, **Assistência de média e alta complexidade:** coleção para entender a gestão do SUS. Vol. 4, 1ª ed, Brasília: CONASS, 2011. Disponível em : <http://www.conass.org.br> Acesso em: 04 jan. 2019.

DIAS, Carlos Alberto Ungaretti. **Elói Chaves.** Disponível em: **<**https://cpdoc.fgv.br> Acesso em: 25 dez. 2018.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde. **Plenária 03: Participação social e mobilização popular em saúde.** CEFESS: Brasília, 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social.** São Paulo: Brasiliense, 2006.

FECHINE, Ana Karine Ferreira da Silva, ROCHA, Márcia Maria de Sá, CUNHA, Thanúsia Hensel da. O Neoliberalismo e a formatação das políticas sociais: desafios contemporâneos. **Socializando**, Natal, RN, ano 01. n.2, p. 50-63,dez. 2014.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. **As pesquisas denominadas "estado da arte".** In: Educação e Sociedade, ano XXIII, nº 79, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br > Acesso em: 11 nov.2018.

FERREIRA, Carlos Augusto Lima. **Pesquisa qualitativa e quantitativa:** perspectivas para o campo da educação. Revista Mozaico, v.8 nº 2, pp 173-182, 2015

FLEURY, Sônia. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In: **Ciência e saúde coletiva,** nº 14. p. 743-752, 2009.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. (org) **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. 4ªed. São Paulo; Cortez, 2011.

GERSCHMAN, Silvia. Sobre a formulação de políticas sociais**.** In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. (org) **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. 4ªed. São Paulo; Cortez, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social,** CEFESS/ ABEPSS-UNB: Brasília, 2000.

GUNTHER, Hartmuther. **Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa:** esta é a questão? In: Psicologia: teoria e pesquisa. Mai-ago 2006. Vol 22, nº 2, pp 201-210. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf Acesso em: 21 jun. 2019

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na cena contemporânea.** Rio de Janeiro,2009. Disponível em: <http://unesav.com.br > Acesso em: 21 dez. 2018.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 26ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

_____. **Estado e políticas sociais.** 2008. Disponível em: <http://files.adrianonascimento.webnode.com.br > Acesso em: 20 dez. 2018.

LADEIRA, Sílvia Cristina Guimarães. Requisições do capital no complexo Econômico-industrial da saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Política de Saúde:** ensaios sobre trabalho e formação profissional. FORTI, Valéria e GUERRA, Yolanda (org.), Rio de Janeiro, Lúmen Juris, 2018

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. In: **Serviço Social e Sociedade, nº124,** p.678-698, out/dez.2015.

MANUAL ESTADUAL DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO DO ESTADO DO MARANHÃO INTERMUNICIPAL E INTERESTADUAL. SES/MA, São Luís. 2010

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MOTA, Ana Elisabete. Seguridade Social Brasileira: desenvolvimento histórico e tendências recentes. 2006. In: **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br > Acesso em: 08 de dez. 2018.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social e Saúde:** Formação e trabalho Profissional,4ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde-SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2006 Disponível em: <http://unesav.com.br. Acesso> em: 11 de nov.18.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde-SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional**. 4ª ed. São Paulo; Cortez, 2009

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado.In: **Revista Serviço Social e Sociedade:** trabalho e saúde. São Paulo: Cortez, nº 82, p.5-21, jul/2005.

OLIVEIRA, Denize Cristina, et.al. 2017. **A universalização e o acesso à saúde:** consensos e dissensos entre profissionais e usuários. Disponível em:http://www.scielo.br. Acesso em: 11 nov. 2018.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social:** caminhos da construção democrática. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

ROSA, Lara Teresinha Rodrigues. **O cotidiano de trabalho do assistente social na Casa de Apoio UNIFESP/CACAU.** 2016, PUC; São Paulo, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br> Acesso em: 13 de nov.2018.

SANTOS, Jeruzia Silva dos. **Tensão, limites e possibilidades:** assistentes sociais no cotidiano do Programa Tratamento Fora do Domicílio na região de saúde de Alagoinhas/BA. Universidade Federal do Sergipe, São Cristóvão,2018. Disponível em: <https://ri.ufs.br> Acesso em: 12 nov.2018.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade social brasileira:** entre a política pública e o mercado. 2ª ed. São Paulo; Cortez, 2007.

SOUSA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no brasil e as contradições da sua negação como direito de todos.** Florianópolis, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/ > Acesso em: 11 nov.2018.

SPOSATI, Aldaíza. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.

TEIXEIRA, Sônia Fleury.(org) **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____.Política Social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1985.

VASCONCELOS, Kathleem Elane Leal. **Promoção da saúde e serviço social:** uma análise do debate profissional.Recife, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br. Acesso em: 15 nov. de 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. In: **Serviço Social e Saúde:** formação e trabalho profissional. 4ª ed. São Paulo; Cortez, 2009

APÊNDICES

APÊNDICE A **–** questionário do paciente

Prezado/a, segue questionário abaixo com as questões a serem levantadas em pesquisa a título de Trabalho para Conclusão do Curso de Serviço Social da Faculdade do Baixo Parnaíba – FAP. Solicito que, por gentileza, você responda as questões, conforme solicitado.

Sexo ( ) M ( )F

1) Idade
   ( ) 19 a 24 anos
   ( )25 a 30 anos
   ( )31 a 40 anos
   ( ) mais de 60 anos
   ( ) Menor de idade
2) Cor/raça
   ( ) Branca
   ( ) Negro
   ( ) Pardo

3) Escolaridade
   ( ) Fundamental incompleto
   ( ) Fundamental completo
   ( ) Médio incompleto
   ( ) Médio completo
   ( ) Superior completo
   ( ) Não alfabetizado

4) Estado civil
   ( ) Casado/a
   ( ) Solteiro/a
   ( ) União estável
   ( ) Outro_____
5) Idade
   ( ) 19 a 24 anos
   ( )25 a 30 anos
   ( )31 a 40 anos
   ( ) mais de 60 anos
   ( ) Menor de idade
6) Cor/raça
   ( ) Branca
   ( ) Negro
   ( ) Pardo

7) Escolaridade
   ( ) Fundamental incompleto
   ( ) Fundamental completo
   ( ) Médio incompleto
   ( ) Médio completo
   ( ) Superior completo
   ( ) Não alfabetizado

8) Tipo de residência
   ( ) Própria
   ( ) Alugada
   ( ) Outro_____

9) Material da residência

   ( ) Alvenaria/tijolo com revestimento
   ( ) Taipa/ com revestimento
   ( ) Adobe

10) Sobre o bairro que reside

   ( ) Há rede de esgoto
   ( ) Rua pavimentada
   ( ) Água encanada
   ( ) Outros_____

11) Profissão
   ( ) Lavrador
   ( ) Servidor público
   ( ) Desempregado/a
   ( ) Aposentado/a
   ( ) Outro_____

12) Pessoa com deficiência
   ( ) Sim
   ( ) Não

13) Usuário do Programa TFD, a:
   ( ) menos de 01 ano
   ( ) mais de 02 anos
   ( ) mais de 05 anos

14) Beneficiário de programas sociais
( ) BPC
( ) Bolsa Família
( )Outros _____

15) Renda Familiar
( ) Até 01 salário mínimo
( ) Mais de 01 salário mínimo
( ) Mais de 02 salários mínimos

16) Composição familiar
( ) Até 02 membros
( ) Mais de 02 membros
( ) Mais de 05 membros
( ) Outros_____

17) Considera o atendimento da assistente social
( ) Muito bom
( ) Bom
( ) Ruim
( ) Péssimo

18) Esclarece o que é o programa TFD?
( ) Nunca
( ) Sempre

19) Sabe que trata-se de um direito?
( ) Sim
( ) Não

20) Já teve que recorrer à justiça para garantir o atendimento?
( ) Sim
( ) Não

21) Como conheceu o programa TFD?
( ) Médico
( ) Amigos/as
( ) Outro_____

22) Se não existisse o programa TFD, conseguiria fazer o tratamento?
( ) Sim
( ) Não

23) Tipo de tratamento que já fez através do Programa TFD
( ) Consultas
( ) Exames
( ) Cirurgias
( ) Outros_____

24) Atualmente faz tratamento de

( ) Neoplasia maligna
( ) Reabilitação/ caso de deficiência
( ) Renal
( )Outros_____

25) Quanto ao atendimento na Casa de Apoio
( ) Se sente bem acolhido/a
( ) Espaço é agradável
( ) Outros_____

26) Sobre o transporte
( ) Muito bom
( ) Ruim
( ) Péssimo
( ) Outros_____

27) Sobre a forma que o TFD é executado
( ) Satisfeito/a
( ) Insatisfeito
( ) Sugestão_____

APÊNDICE B – Questionário do/a assistente social

Prezada, segue questionário abaixo com as questões a serem levantadas em pesquisa a título de Trabalho para Conclusão do Curso de Serviço Social da Faculdade do Baixo Parnaíba – FAP. Solicito que por gentileza, você responda as questões, conforme solicitado.

Sexo ( ) M ( ) F

1) Ano de conclusão do curso superior_____

Presencial ( ) EAD ( )

2) Possui especialização? ( )SIM ( ) NÃO
Qual?_____

Presencial ( ) EAD ( )

3) Vínculo empregatício

( ) Contratado
( ) Efetivo

4) Tempo que exerce a profissão _____

5) Tempo que atua no programa TFD_____

6) Quais os principais desafios enfrentados na prática profissional cotidiana?

7) Tem conseguido exercer a profissão de acordo com os princípios exarados no Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão?

8) Sobre o espaço sócio-ocupacional, quais os principais desafios enfrentados no exercício profissional?

9) Como é realizado o esclarecimento sobre o que é o Programa Tratamento Fora do Domicílio -TFD

10) Sobre a articulação junto à Rede socioassistencial, você tem conseguido atuar de forma a atender as demandas?

11) Principais encaminhamentos

( ) Defensoria
( ) Ministério Público
( ) CRAS
( ) CREAS
( ) CAPS
( ) Postos de Saúde

12) Participa ou já participou de algum programa de capacitação sobre o programa TFD?

13) Sente-se valorizado/a?

14) Reúne-se com a equipe multidisciplinar para realizar planejamentos? Com que frequência?

15) Tem autonomia para tomada de decisões concernente ao programa TFD?