



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA DO SOCORRO VIEIRA DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE
SOCIAL NO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO
DE BARBALHA-CE.**

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2020

MARIA DO SOCORRO VIEIRA DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio de Juazeiro do Norte-CE como um dos requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientação da professora: Esp. Jamille de Lima Vieira.

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2020

MARIA DO SOCORRO VIEIRA DA SILVA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora, como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio.

Aprovada em: _____ de _____, 2020

AVALIADORES

Prof.^a Esp. Jamille de Lima Vieira
Orientadora

Prof.^a Ms. Sheyla Alves Dias
Examinadora

Prof.^a Esp. Jacsa Vieira de Caldas
Examinadora

“Dedico aos meus familiares, em especial, aos meus sobrinhos José Augusto e Maria Gabriela”

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder o dom da vida, saúde, força e discernimento para superar os desafios e alcançar objetivos a que me propus.

À Jamille de Lima Vieira, minha orientadora, pelas valiosas observações, atenção, disponibilidade e o olhar criterioso dispensado ao longo desse estudo.

Em especial aos meus pais pelo incentivo, confiança, cuidados, apoio, valores, lições de vida, amor, broncas e por sempre acreditarem em mim.

A meus irmãos e minha irmã pelo apoio, alegria, estímulo, colaboração, discussões e prontidão.

Aos meus sobrinhos que me inspiram e me transmitem paz, tranquilidade e esperança de dias melhores.

A todos os meus familiares tios, tias, primas e primos pelo acolhimento, confiança e carinho.

Aos meus amigos e colegas que me apoiaram e que compartilharam comigo conhecimentos e experiência de vida.

Agradeço aos participantes da pesquisa e a minha orientadora de campo pela colaboração e disponibilidade com o estudo.

A todos os professores, meus grandes mestres, que me proporcionaram conhecimentos e que não mediram esforços para nossa formação profissional.

Enfim, a todos aqueles que fazem parte do meu cotidiano, que com seus gestos e palavras me incentivaram e me estimularam a buscar cotidianamente o conhecimento, o meu muito obrigado.

RESUMO

O presente estudo apresenta reflexões acerca a atuação do Serviço Social no âmbito da saúde com ênfase no Programa Tratamento Fora de Domicílio, este, que na atual conjuntura apresenta-se como um dos principais espaços sócio-ocupacional do assistente social. Neste, apresenta-se como objetivo geral compreender o fazer profissional do assistente social no programa TFD e como específicos apresentar a construção do SUS, discutir acerca do serviço social no âmbito da política da saúde e sobre o programa Tratamento Fora de Domicílio; sendo assim, em um primeiro momento discorre-se sobre o contexto histórico da política pública de saúde brasileira, expondo assim, os principais eventos e momentos marcantes desta política; sequencialmente, debate-se sobre a atuação do assistente social na saúde, apontando as principais atribuições, competências e particularidades desses profissionais nesta instância de atuação e por fim, apresenta-se os resultados dos dados coletados a respeito do fazer profissional do assistente social no TFD do município de Barbalha – CE, esses que evidenciam a importância do assistente social para a concessão do programa e efetividade do direito universal a saúde. Trata-se de uma pesquisa de natureza básica com fins descritivos. Alinhada com a pesquisa bibliográfica, este estudo, realizou-se em campo e utilizou como instrumento e técnica de coleta de dados a observação participante e a entrevista semiestruturada realizada com as assistentes sociais atuantes no Programa Tratamento Fora de Domicílio do município, tendo em sua essência uma abordagem qualitativa e fins descritivos.

Palavras-chaves: Serviço Social. Saúde. Tratamento Fora de Domicílio

ABSTRACT

The present study presents reflections on the role of Social Work in the field of health, with emphasis on the Treatment Outside the Home Program, which, in the current situation, presents itself as one of the main socio-occupational spaces of the social worker. In this one, with the objective of discussing the Brazilian Unified Health System, the social service in health and essentially understanding the professional work of the social worker in Out-of-Home Treatment, the historical context of public health policy is presented in a first moment Brazilian health, thus exposing the main events and important moments of this policy; sequentially, there is debate about the role of the social worker in health, pointing out the main attributions, skills and particularities of these professionals in this instance of performance, finally, the results of the data collected regarding the professional work of the social worker in the TFD are presented. of the municipality of Barbalha - CE. In line with the bibliographic research, this study was carried out in the field and used participant observation and semi-structured interviews with social workers working in the Municipality's Out-of-Home Treatment Program as a data collection instrument, having in its essence an approach qualitative and descriptive purposes.

Keywords: Social Work. Health. Treatment Outside the Home

SUMARIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I : POLÍTICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	10
1.1 MARCOS HISTÓRICOS QUE “PAVIMENTARAM” O CAMINHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	10
1.2. A CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	19
CAPÍTULO II O SERVIÇO SOCIAL INSERIDO NA POLÍTICA DE SAÚDE	29
2.1 O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: AÇÕES PRIVATIVAS, COMPETÊNCIA TÉCNICA E FUNÇÕES DELEGADAS	29
2.1.1 O serviço social na saúde em tempos de pandemia	39
2.2 PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO	41
2.2.1 Tratamento fora de domicílio no município de Barbalha	45
CAPÍTULO III: DESCRIÇÃO SOBRE A PRÁXIS PROFISSIONAL NO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO	48
3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	48
3.2 SUS: REALIDADE OU UTOPIA?.....	51
3.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
ANEXOS.....	71
APÊNDICES	74

INTRODUÇÃO

A inserção dos assistentes sociais brasileiros na saúde data-se a partir da década de 1940 logo após o surgimento da profissão e expande-se consideravelmente com a consolidação da saúde enquanto um dos direitos sociais e simultaneamente com ascensão do sistema público de saúde.

Considerando, pois, que com o firmamento do Sistema Único de Saúde descortinam-se para o assistente social um vasto espaço sócio-ocupacional a pesquisa aqui expressa apresenta como tema central de discursão o serviço social na saúde com ênfase no fazer profissional do assistente social no Tratamento Fora de Domicílio do município de Barbalha-CE.

Resultado de uma análise minuciosa, esta, trata-se de uma pesquisa de natureza básica com fins descritivos e de abordagem qualitativa para assim descrever a complexidade da realidade estudada, enfatizando a análise e interpretação dos dados. Desenvolvida em campo, nesta, foi possível a coleta e a aproximação direta do pesquisador com os sujeitos envolvidos no estudo e a realidade estudada.

Procurou por meio desta, compreender e expender as particularidades da atuação do assistente social dentro do Programa Tratamento Fora de Domicílio, visto que este, na atual conjuntura configura-se como um dos espaços de atuação do serviço social no âmbito da saúde pública; procurou-se também apresentar os principais marcos históricos que pavimentaram o caminho do SUS e discorrer a respeito dos aspectos gerais do serviço social na saúde.

Assim, a fim de responder todos os objetivos e expectativas traçadas, a presente pesquisa estruturou-se em três capítulos. Inicialmente no primeiro capítulo apresentou-se o contexto histórico da política da saúde, enaltecendo os principais episódios que contribuíram para o firmamento do SUS, como por exemplo, a reforma sanitária e os modelos de saúde difundidos em tempos pretéritos.

Sequencialmente, no segundo capítulo, agrega-se ao estudo a discussão sobre a especificidade da pesquisa destacando as competências e atribuições do serviço social na política em pauta, bem como sua importância em tempos de pandemia e as particularidades gerais do Programa Tratamento Fora de Domicílio brasileiro.

Por fim, apresentou-se no terceiro capítulo a análise e discussão dos dados coletados, estes que foram obtidos em campo por meio da entrevista realizada com assistentes sociais atuantes no Programa Tratamento Fora de Domicílio do município de Barbalha-CE, neste, também foi apresentado uma análise lúdica acerca da atual situação do Sistema Único de Saúde.

A escolha da temática de estudo derivou-se da experiência e curiosidade desencadeada no estágio curricular obrigatório do curso de serviço social e a partir das hipóteses de qual seria a função, atuação e compromisso da profissão na saúde e no programa Tratamento Fora de Domicílio.

Este estudo, por sua vez, possui em sua essência e totalidade relevância acadêmica, científica e social. Acadêmica por facultar ao pesquisador um conhecimento específico e aprimorado a respeito do tema discorrido, além da ampliação de sua capacidade de leitura e interpretação de textos e situações; científica em razão dos novos conhecimentos gerados acerca de tal realidade, estes que, servirão de subsídios, fonte de pesquisa e orientação para novas pesquisas e por fim relevância social pois socializa informações que agregam conhecimentos para a sociedade.

CAPÍTULO I : POLÍTICA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para a consolidação e estabelecimento da saúde enquanto um dos direitos sociais brasileiros muitos eventos sociais, econômicos e políticos foram essenciais ao longo de todo processo. Este capítulo, terá como finalidade apresentar os principais marcos históricos que contribuíram para a consolidação da política pública de saúde e a instauração do Sistema Único de Saúde brasileiro, bem como, suas formas de organização e estruturação, financiamentos, impasses e desafios atuais para a sua real efetivação.

1.1 MARCOS HISTÓRICOS QUE “PAVIMENTARAM” O CAMINHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O firmamento da política de saúde pública brasileira e a instauração do Sistema Único de Saúde é produto histórico das lutas do trabalho e simultaneamente conquista da sociedade civil brasileira ao longo dos anos. Seus

principais marcos históricos gestaram-se a começar de 1889 com o declínio da monarquia e a consolidação do período republicano, uma vez que em períodos anteriores inexistia a intervenção estatal na saúde pública coletiva.

Com a proclamação da república a história brasileira ganha novos rumos, apoiado pela teoria positivista e por uma economia agroexportadora o país passa por uma ampla reforma de estado, esta que, favorece a instauração do capitalismo financeiro monopolista e o impulso da industrialização que de modo consequente leva a emergência de novas formas de trabalho e o crescimento do operariado.

Estes eventos estimulam de modo direto o processo de migração, que desencadeia rapidamente o movimento de urbanização e o surgimento de favelas, cortiços, bairros operários, um precário quadro sanitário e, por conseguinte a sérias mutações na saúde da população brasileira (SILVA, 1996).

Paralelo ao acirramento do processo migratório, ocorrido principalmente nas primeiras décadas do século XX, acontece o alargamento das epidemias e doenças infectocontagiosas, estas que acometia sobretudo a classe trabalhadora e de modo consequente os interesses econômicos do Estado. Frente a este contexto, a saúde passa a manifestar-se como questão social e de acordo com a visão do Estado como "Caso de polícia", por impactar negativamente a economia do país, e assim:

Para melhorar as questões de saneamento, passou a expulsar os pobres que viviam nos becos e ruelas próximos aos centros da cidade e dos portos, sem ao mesmo, tempo lhes dar outra região salubre para que pudessem viver (CEAP, 2017. p. 46)

Diante desses episódios, do quadro caótico da saúde pública nesse contexto e de acordo com os interesses do país, inicia-se as primeiras intervenções do Estado no que diz respeito a ações públicas de saúde coletiva, estas que notoriamente objetivavam proteger a mão de obra e o capital que estava sendo ameaçado, e não o bem estar da população.

Nesta circunstância, objetivando reformas urbana e sanitária principalmente na cidade do Rio de Janeiro, passou a ser colocado em prática no país o modelo sanitaria campanhista de ação de saúde pública, este que se organizava mediante campanhas sanitárias, cujo objetivo centrava-se em combater epidemias e recuperar a mão de obra. De início, as ações ofertadas por esse modelo foram desenvolvidas por meio de órgãos centrais decretados pelo estado, a fim de atuarem

essencialmente na fabricação de soros, vacinas e no desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento e controle a mosquitos e a transmissores da febre amarela.

Diante da visão militarista de combate a doenças de massa, difundida pelo modelo em vigência, o não contentamento da população com as ações impostas pelo sanitarista campanhista tornaram-se explicita através dos movimentos sociais, dentre eles, a revolta da vacina ocorrida no Rio de Janeiro em novembro de 1904, contra a Lei da Vacinação Obrigatória e contra os serviços públicos prestados, e as obrigatoriedades estabelecidas. Aqui, as imposições eram justificadas pelo governo como uma ação primordial para a saúde pública, passou a ser exigido a apresentação de comprovantes de vacinação para o desenvolver de muitas ações, tipo o alcance de emprego e a realização de viagens (SEVCENKO, 2018).

No ano de 1918 se alastrou no Brasil uma forte epidemia de gripe, conhecida popularmente como gripe espanhola, esta, afetou grande parte da população brasileira e levou milhares de pessoas a morte (WESTIN, 2018). Este fato causa grande pânico na população brasileira, principalmente na classe operária, que entra em greve e passa a requisitar do governo respostas para a situação. Cabe aqui ressaltar, que o atendimento médico neste tempo era voltado exclusivamente para a classe burguesa, a classe trabalhadora ficava a mercê dos curandeiros e das Santas Casas de Misericórdia, asseguradas pela igreja católica.

Em defluência desse processo, primordialmente no início dos anos 1920, período de efervescência dos movimentos sociais e de forte desenvolvimento econômico, justificado pelo alargamento dos imigrantes e das indústrias cafeeiras, a saúde brasileira passa por expressivas alterações. Conforme Bravo (2006) a saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país, assim, esta instância passa a ser alvo de intervenção estatal e um dos principais meios e mecanismos de controle da classe trabalhadora.

Em janeiro de 1920, regulamentado pelo Decreto nº 3.987, foi estabelecido o Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP, este, substituiu a Diretoria Geral de Saúde - DGSP instituída em 1896. Por sua vez o DNSP, foi decretado para ser o principal órgão do estado da área de saúde e assim planejar e executar serviços voltadas a campanhas sanitárias e que colaborasse com a eficácia do modelo em vigência (HOCHMAN, 2000 ?). O modelo campanhista em vigor, mesmo diante de

tanta controvérsia, obteve bons resultados e acabou fortalecendo outras intervenções no que diz respeito a saúde pública coletiva (POLIGNANO, 2001).

Em 1923, em resposta ao movimento operário grevista travado em 1918 foi estabelecida a lei Eloy Chaves, considerada hoje, o embrião da política social e do sistema previdenciário no Brasil, e em certo, um dos principais marcos para a política da saúde, por originar o modelo médico assistencial da Previdência Social, este que, consistia na oferta diretamente ao trabalhador a assistência médica.

A lei Eloy Chaves, em suma, instituiu estrategicamente a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs para algumas categorias, estas que, necessariamente deveriam serem organizadas por categorias, por empresa e ter contribuições mensalmente advindas do trabalhador e da empresa. As primeiras CAPs formadas foram a dos ferroviários em seguida Portuários e Marítimos.

Neste cenário, nasce em conjunto com as Caixas de Aposentadorias e Pensões a relação entre os setores privado e público que permanecerão até os dias atuais no sistema público de saúde. O Estado acreditava que por meio da lei Eloy Chaves iria reter as tensões e opressões sociais do momento (CARVALHO, 2017).

Assim, pode-se afirmar que desde o final da década de 1980 até o final dos anos 1920:

Neste período, portanto, há duas vertentes na política de saúde: uma de atenção primária com políticas de saneamento e vacinação para combater e evitar novas epidemias e, por outro, a organização dos operários com as CAPs. A maior parte da população que ficava fora destas políticas ficam dependentes de curandeiros e ações de caridade. (MARTINS, 2006, p.20)

Os anos de 1930 a 1945 conhecido historicamente como Era Vargas, pode ser considerado o grande divisor de águas da história brasileira, por ser o período de introdução das políticas sociais e de grande importância para a saúde. Torna-se visível neste intervalo de tempo a expansão do processo de industrialização, fortalecimento do movimento operário, vinculação do trabalhador aos sindicatos, novas exigências da classe trabalhadora, acirramento da questão social, interferência direta do estado na sociedade, assistencialismo as leis trabalhistas e embasamento teórico no anarco-sindicalismo.

Antes de pontuar os marcos históricos deste período, faz-se necessário destacar que a política que passa a vigorar nesta época centrou-se principalmente na preocupação em estruturar as relações entre trabalho e capital e na alteração do sistema econômico do país, este, que deveria passar do agroexportador para o

modelo urbano industrial, o que exigia-se um novo posicionamento do Estado diante das demandas colocadas pela classe trabalhadora, principal responsável pelo êxito da nova ordem produtiva (COUTO, 2004).

Decorrente das alterações no modelo econômico do país, na conjuntura em discussão (1930 – 1945), desencadeia-se o êxodo rural em razão do crescimento desenfreado da indústria, que por sua vez dar-se em condições de trabalho totalmente inadequadas e extremamente precárias, estes fatos, corroboraram diretamente para a expansão de uma série de problemas sociais que agravaram rigorosamente o quadro de saúde pública brasileira e aumentaram as insatisfações dos trabalhadores.

As ações intervencionistas do Estado neste cenário, passaram a pautar-se na melhoria das relações entre a classe empregadora e a classe trabalhadora. Estas ações corporificavam-se por meio da criação de diversas instituições; no que se refere a saúde teve-se a formação do Ministério de Educação e Saúde Pública-MESP, destinado a ser a repartição administrativa das ações sanitária oferecidas pelo governo e a fundação em 1942 do Serviço Especial de Saúde Pública -SESP, intensificando-se então o modelo de saúde campanhista.

Em 1933, por meio da unificação das CAPs registra-se a formação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, estes, instauram-se conforme o caráter centralizador do Estado, cujo objetivo central baseava-se em “atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (MENDES, 1999)

Diferentemente das Caixas de Aposentadorias e Pensões, os IAPs passaram a ter uma contribuição compulsória tripartite advindas do Estado, do trabalhador e da empresa, sendo que, à administração e gestão dos recursos arrecadados ficavam totalmente por conta do estado.

A princípio, a criação dos IAPs foi positiva para os trabalhadores, contudo, na prática, iniciou um problema que ainda hoje vivemos na previdência, ou seja, o governo que administra os recursos nem sempre garante que os empregadores paguem a sua parte e, para piorar, desvia os recursos para financiar obras de seu interesse. (SCHNEIDER; GIMENEZ; BOTH, 2017, p. 52)

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões, tinham como função principal oferecer benefícios e serviços aos trabalhadores contribuintes, dentre eles, a assistência médica previdenciária e aposentadorias aos seus segurados. Inicia-se

por meio destes a medicina previdenciária destinados aos contribuintes filiados. Torna-se importante pontuar, que a preocupação do estado com a administração desses institutos não centrava no bem-estar do trabalhador nem na oferta de serviços e sim no acúmulo financeiro, o que origina problemas de corrupção que permanecem até hoje.

O período de 1945 a 1964, compreendido como momento de redemocratização brasileira teve o populismo enquanto principal estratégia de governo, marcou-se essencialmente por demasiadas inquietações políticas, econômicas e sociais e pela intensificação da luta de classe e dos movimentos sociais que buscavam melhoria nas condições de vida.

Notifica-se neste intervalo de tempo, o fortalecimento dos IAPS com a expansão de sua assistência médica e a separação entre o ministério da saúde e da educação que funda assim o ministério de saúde. Salienta-se que, muitas empresas insatisfeitas com os serviços e atuação dos institutos referente a saúde começaram a contratar serviços médicos particulares, levando então a hegemonia do modelo médico assistencial privatista. Em 1960 fincou-se a Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS, que uniformizou as normas da previdência.

Em 1964, por meio de um golpe, instaura-se no Brasil o regime militar que perdura até os anos de 1984. De acordo:

Os militares, associados aos interesses da grande burguesia nacional e internacional, incentivados e respaldados pelo governo norte-americano, justificaram o golpe como defesa da ordem e das instituições contra o perigo comunista. Na realidade, o acirramento da luta de classes estava no centro do conflito. O golpe foi uma reação das classes dominantes ao crescimento dos movimentos sociais, mesmo tendo estes um caráter predominantemente nacional-reformista. (HABERT apud COUTO, 1996. p.119,):

Foi um período marcado por grandes retrocessos e repressão principalmente a classe trabalhadora. Essa conjuntura redefiniu toda sociedade brasileira, que passou a ser caracterizada sobretudo por ser de ordem extremamente autoritária e capitalista, representada amplamente pelo mercado e notado pela não prevalência da vontade coletiva, extinção de direitos constitucionais e a repressão para os que se mostravam ou se colocavam contrários ao regime militar.

Na década de 1970, o Brasil vivenciou o “milagre econômico”, conhecido também como “anos de chumbo”, sustentado por meio do aprofundamento da

exploração dos trabalhadores, a expansão capitalista e a consolidação do capital nacional (Habert, 1996, apud Couto), este significou a “fase áurea” do desenvolvimento do país, levando a economia brasileira a uma grande alavancada.

O "milagre econômico" resulta negativamente na vida da classe trabalhadora, esta que passa a ser submetida a um extremo arrocho salarial, a novos padrões de exigências e a novas e exacerbadas formas de exploração, sucedendo então a efervescência do movimento de esquerda do país em razão da força e velocidade da expansão dele.

Em relação às medidas estabelecidas neste regime registra-se como um dos marcos principais a formação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS em 1966, que dar-se por meio da junção dos IAPs e que concretiza o modelo de saúde assistencial hospitalocêntrico, com ênfase na prática médica curativa individual e assistencialista, que terá uma forte presença no futuro SUS (DENIZI, 2007).

Com as arrecadações do INPS, o Estado financiou clínicas e hospitais privados, visando à extensão dos serviços para as pessoas que contribuía. Neste período o sistema previdenciário expandiu-se, oportunizando a participação dos trabalhadores rurais no sistema. Mesmo diante de tanta controvérsia dessa conjuntura, esta foi a época em que se houve um maior alargamento dos benefícios previdenciários e de um maior orçamento público, no entanto, esse orçamento destinaram-se a outros fins (BRASIL 2006).

Sequencialmente em 1977 teve-se a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social – SINPAS, que reúne todas as organizações responsáveis pela oferta de benefícios a população, administrado pelo estado. Torna-se importante destacar que a preocupação do governo diante do estabelecimento deste órgão, não se centrava no aprimoramento dos benefícios a serem ofertados mais no monitoramento e controle dos mesmos

Anexo ao SINPAS, fundou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, que se configurou como a entidade estatal prestadora da assistência médica, continuava sendo um sistema excludente, pois os serviços dispostos pela mesma eram destinados somente para os trabalhadores contribuintes, no entanto, este permaneceu intacto até a criação do SUS.

Em face ao governo ditatorial, a saúde assume características capitalistas, dando início as iniciativas privadas e ênfase na medicina previdenciária (Bravo, 2006). Neste período tornou-se aparentemente visível um maior investimento do

governo no ramo da saúde, no entanto de forma contraditória, pois, os investimentos se davam no setor privado e não no setor público.

Ainda na década de 1970, diante do contexto de insatisfações, de luta contra a ditadura militar e das medidas adotadas por ela, nasceu o movimento da Reforma Sanitária, impulsionado por um conjunto de pessoas que partilhavam de ideias comuns a respeito dos rumos que eram dados a saúde pública do momento; este tinha como principal argumentação e proposta a “defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais” (CFESS, 2010,p.19).

Este movimento se valia de uma visão de saúde ampliada, trazendo novas modalidades e concepções, associando-o de modo direto as condições de vida e trabalho das pessoas, aos determinantes sociais para assim se obter as mudanças e transformações precisas na instância saúde, em uma época marcada por profundas dificuldades (Rodrigues Neto, 1994). Em vista disso, passaram-se a confrontar-se dois projetos de saúde, o do modelo neoliberal e o da reforma sanitária.

Destarte, o Movimento de Reforma Sanitária constituiu o principal marco norteador para instituição do SUS. Com o passar do tempo este movimento foi se expandindo, ganhando novos aliados e novos espaços para debates, esses que em sua maioria se davam nos encontros Científicos dos Estudantes de Medicina, e nos conselhos regional e nacional de medicina, por serem espaços despercebidos pela junta militar.

Com a expansão deste movimento e como resposta ao mesmo, lentamente foram sendo realizadas algumas ações com o objetivo de mudanças na área da saúde, para assim posteriormente estender a saúde a todos. Seu fortalecimento tornou-se ainda mais visível no final da década de 1980, encorajados por esse movimento surgem novos grupos que também abraçam a causa.

Em 1982, tem-se com a implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS o pontapé do atual Sistema Único de Saúde. Em síntese, o PAIS configurou-se como “estratégia de integração programática entre as organizações de saúde de nível federal, estadual e municipal” (CASTRO, VIANA, 1992, p. 23), na qual proporcionou a relação entre ministério da previdência e assistência social, ministério da saúde e secretarias de estado de saúde, dando ênfase essencialmente a atenção primária.

Com o fim da ditadura militar em 1984, inicia-se o período de redemocratização brasileira. Logo em 1986 realiza-se no Distrito Federal a 8ª

Conferência Nacional de Saúde-CNS, marco institucional e principal evento para a consolidação da saúde pública. Essa contou com a presença em sua comissão Organizadora, com uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária, Sergio Arouca e com uma intensa participação da população, registrando a presença de mais de quatro mil pessoas, sendo em sua maioria os próprios usuários.

Esta conferência traz para os debates a concepção de saúde como um direito e dever do Estado, organizando assim suas discussões em torno dos de três principais eixos que foram eles: a Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o seu financiamento. Propôs e projetou ideias que foram o alicerce para o modelo de saúde existe.

Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, que é definida como 'resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida.' Este documento serviu de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após. (CUNHA & CUNHA, 1998, p.297,)

As pautas e objetivos traçados pela conferência e pontuados no movimento sanitário só foram garantidas legalmente com a Constituição Federal de 1988, que incorpora ao país grandes avanços no que se diz respeito à consolidação dos direitos sociais no território brasileiro, esses que passam a ser descentralizados, com expressivas mudanças tanto em sua forma de distribuição quanto em sua participação.

Em 1987, foram criados sobre iniciativa do INAMPS os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, a fim de contribuir com o Programa de Ações Integradas de Saúde, recentemente instituído no território brasileiro, favorecendo a unificação pregada no PAIS através do processo de descentralização.

Sequencialmente, em 1988 ocorre a promulgação da nova Constituição Federal, a chamada Constituição Federal, marco na luta pelos direitos sociais e grande avanço diante das injustiças sociais acumuladas desde tempos pretéritos.

Frente ao novo contexto, oriundo de diagnósticos e baseado nas propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição supracitada define a saúde como

um dos direitos sociais nela assegurada. De acordo com o Art.196 da mesma a saúde legalmente:

[...] 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, s/p)

Passou a ser utilizado no Brasil o conceito de Saúde difundido pela Organização Mundial - OMS, esta que estabelece que a “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”, incorporando e relacionando instâncias também primordiais como alimentação, ocupação, renda e entre outros fatores que influenciam diretamente para a garantia e efetividade deste direito. Cabe aqui pontuar e lembrar que embora o direito a saúde tenha sido reconhecido internacionalmente 1948, o Brasil somente reconhece-o em 1988.

A saúde passa a compor junto com a assistência social e a previdência social o sistema de Seguridade Social, que pode ser definido como:

O sistema de proteção social previsto na CF/88 que tem por objetivo a proteção de todos, nas situações geradoras de necessidades, por meio de ações de saúde, previdência e assistência social, constituindo-se no principal instrumento criado pela atual Constituição para a implementação dos objetivos do Estado brasileiro. Sua efetivação tem como base o princípio da solidariedade, uma vez que o financiamento do referido sistema está a cargo de toda sociedade. (PIERDONÁ, 2011, p.01).

A concepção de Seguridade Social no que se refere a proteção social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no entanto, na medida em que essa constituição estabelece todos os direitos sociais e o sistema de Seguridade Social implanta-se também o ajuste neoliberal no país, este que, prega a redução dos gastos do estado com o social, para assim uma possível estabilização econômica do território.

Resumidamente, em linhas gerais pode-se afirmar que ao logo da história brasileira fez-se presente no território nacional até a instauração do Sistema Único de Saúde três modelos organizacional de saúde pública ou até mesmo três subsistemas. O primeiro modelo definiu-se como Campanhista, centrado na oferta de serviços e ações para combater a proliferação das epidemias e assim garantir o comércio; sendo o segundo, o modelo de saúde previdenciária, voltada

exclusivamente para proteger a mão de obra do trabalhador, que estivesse inserido formalmente no mercado de trabalho, restando aos trabalhadores que se encontrava na informalidade as ações filantrópicas e os cuidados dos curandeiros e o terceiro modelo foi o médico assistencial privatista, onde a Saúde é colocada como um bom negócio para ganhar dinheiro; por fim, estabeleceu-se o modelo de saúde pública Universal vigente nos dias atuais.

Na próxima seção serão apresentadas as particularidades do Sistema Único de Saúde na contemporaneidade, sua organização, consolidação e os desafios atuais.

1.2. A CONFIGURAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O Sistema Único de Saúde – SUS, resultado de um longo processo histórico e do Movimento de Reforma Sanitária, é o marco mais importante e ponderoso na história da Saúde Pública brasileira; visto que, até seu firmamento o acesso aos serviços de saúde ocorriam de modo circunscrito, destinando-se exclusivamente aos contribuintes do sistema previdenciário do período.

Consolidado por meio da Lei 8.080 de 1990, o SUS, desde seus primórdios passou a ser visto como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde do mundo, por ser de caráter universal e integrar um conjunto de ações e serviços voltados a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A lei supracitada, também chamada de Lei Orgânica da Saúde – LOS, organiza as ações e serviços de saúde pública no Brasil, ela sucintamente “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, de acordo com o seu Art. 4º:

o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1993, p. 03)

Baseado em preceitos constitucionais, o SUS, efetiva o direito universal a saúde; na qual seus principais objetivos são a identificação dos fatores

condicionantes e determinantes da saúde; formulação de políticas sociais e econômicas que almejem a minimização de riscos de doenças e a assistência a população por meios de serviços e atividades que contribuam para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

De acordo com o ABC do SUS, 1990, este sistema é definido como Sistema Único porque “segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal”, isto é, independentemente do local ele segue a mesma filosofia de atuação.

Objetivando a sublimidade da saúde pública e a igualdade no acesso aos serviços de saúde, o SUS, orienta-se logicamente por princípios doutrinários estabelecidos constitucionalmente, que são eles: universalidade, equidade e integralidade.

O princípio da universalidade organiza e norteia os demais, por meio deste, todos os brasileiros independentemente de suas particularidades tem garantido o direito ao acesso as ações e serviços de saúde do SUS em todos os níveis de atenção. Este, rompe definitivamente com os subsistemas antes existentes no território brasileiro.

A equidade resumidamente, representa a eliminação de toda forma de preconceito e privilégio diante a oferta dos serviços, respaldado na ideia de que cada cidadão deverá ser atendido conforme suas particularidades e necessidades. O princípio da equidade, em certo, minimiza as desigualdades presentes no campo da saúde desde tempos pretéritos.

Por meio da integralidade, tem-se assegurado ações em todos os níveis de complexidade, através de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos para todo cidadão. A integralidade exige uma cooperação entre os entes federativos (CONASEMS, 2019).

Alinhado aos princípios doutrinários mencionados, há também os princípios organizacionais, mais conhecido como diretrizes do SUS, que são eles a regionalização, hierarquização, descentralização e participação da comunidade, estes que por sua vez, possibilita a operacionalização e efetividade prática do sistema de saúde, e em certo de seus princípios doutrinários.

Estas diretrizes, possibilitam o compartilhamento das responsabilidades com os serviços de saúde entre as três esferas de governos, possibilitando assim, a

facilidade no acesso dos indivíduos aos serviços de saúde por meio de ações e serviços organizados por região e delimitados por municípios e estados, e a participação da sociedade civil no processo de elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde.

O Sistema Único de Saúde, deve atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde. O campo da promoção e proteção da saúde objetiva o combate aos fatores de riscos e de ameaças a saúde das pessoas, se expressa por meio de ações, exemplos delas são as vacinações, saneamento básico, vigilância sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos e outros; a recuperação relaciona-se a reabilitação do paciente por meio da recuperação parcial ou total da saúde do mesmo (ABC DO SUS,1990).

O SUS é formado por uma rede ampla, com arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, mais conhecida como Redes de Atenção à Saúde -RAS, que dispõe de atenção primária, média e alta complexidades, com serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica, (BRASIL, 2006).

A descentralização e regionalização da saúde, possibilita a redistribuição e o compartilhamento de responsabilidades entre as esferas estatais, sendo então, indissociáveis para a efetividade das Rede de Atenção à Saúde. Concisamente a atenção primária ou atenção básica é o primeiro nível de atenção à saúde, considerada a porta de entrada do SUS, são em síntese as ações de menor custos, voltadas a população de territórios bem delimitados com intervenções de promoção e proteção à saúde, nesta, estão as Unidades Básicas de Saúde.

No âmbito do SUS, a rede de atendimento a média e alta complexidade são consideradas redes especializadas. A média complexidade diz respeito às unidades que realizam intervenções, como as clínicas e unidades de pronto atendimento. A alta complexidade integra todos os níveis de atenção anteriores, abrangendo ainda os serviços do SUS de alto custo e alta tecnologia, exemplo ressonância magnética, tomografia computadorizada, hemodiálise e a quimioterapia e os hospitais de grandes portes.

Ainda em 1990, instituiu-se a Lei n. 8.142, que dispõe a respeito da participação da sociedade civil no gerenciamento do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, complementando assim a LOS.

No que se refere a gestão do SUS, esta, dar-se por meio “representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde” (BRASIL,2019). Na Lei Orgânica da Saúde, define-se as atribuições de cada esfera de governo. Sendo que:

A relação entre a União, estados e municípios não possui uma hierarquização. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. É o que se chama de pactuação intergestores. Ela pode ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados). (BRASIL, 2007 p.14)

Para uma gestão eficaz, as decisões devem ser definidas em rede, de maneira participativa e colaborativa entre as esferas de governo. Define-se enquanto competência da direção da União a coordenação da política da saúde em nível nacional e em sintonia com os estados e municípios; a esfera estadual é incumbida a responsabilidade do gerenciamento dos sistemas de alta complexidade e a implementação de estabelecimentos hospitalares de referência e ao município cabe a atenção primária por meio da execução das ações de saúde com a ajuda dos demais entes federativos, ajuda técnica e financeira (CONASS,2019).

No que diz respeito ao financiamento do SUS, boa parte dos recursos são advindos das contribuições sociais dos trabalhadores e da classe empregadora, além dos recursos arrecadados nos impostos dos serviços e produto que em sua maioria são despercebidos pelo cidadão, analisando este fato, pode-se compreender que esse sistema não é totalmente gratuito. Cada ente federativo deve aplicar recursos próprios e os repasses destinados a instancia aos serviços de saúde.

Dessarte, para a operacionalização das políticas do SUS e com o objetivo de aperfeiçoar os serviços de saúde pública, estabeleceram-se as Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS), Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) e recentemente o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

As NOBs do SUS, regulamenta as transferências de recursos financeiros da União para Estados e municípios; são consumadas através de portarias do Ministério da Saúde, que por sua vez, regulamenta o processo de descentralização, sendo uma razão de amplas discussões e negociação entre os gestores federais,

estaduais e municipais (LACERDA 2001 apud MORAES, 2017), pois por meio delas definem-se a competência das esferas de governo.

No Brasil notificaram-se NOB SUS, nos respectivos anos: 1991,1993 e1996, merecendo destaque a NOB 01/96, por consolidar a municipalização da saúde, em um contexto totalmente controverso, onde havia-se ainda forte centralização no financiamento desta política. Assim:

A NOB 01/96 consolidou a política de Municipalização da Saúde, estabelecendo o pleno exercício dessa esfera de poder, com forte centralização do financiamento na União e pouca participação dos estados, num país com grande heterogeneidade. Com isso, vai ficando evidente a necessidade de avançar na regionalização, mediante a adoção de novas formas de organização a atenção e de gestão. (SAUTER, PERLINI E KOPF; 1996, p.02 s.d)

Posteriormente, por meio da Portaria 95 de Janeiro de 2001 estabeleceu-se a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS com o objetivo de “orientar a macroestratégia da regionalização, pactuada de forma tripartite e prevista na Lei Orgânica da Saúde” (BRASIL, 2001), isto é, intensificar a integração de ações entre as três esferas de governo, ampliando a responsabilidade dos municípios com a atenção básica.

A NOAS-SUS em síntese, define a Elaboração do Plano Diretor de Regionalização coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde; o Fortalecimento da capacidade gestora do SUS e a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios enquanto principais estratégias voltadas para a melhoria do sistema de saúde.

O Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão dar-se por meio de acordos entre as três esferas gestora do SUS frente aos desafios do sistema, estes, foram estabelecidos a fim de obter melhoria na saúde pública e redefinir responsabilidades e prioridades de ações e serviços, assim como, efetivar a descentralização e a regionalização entre as esferas de governo (BRASIL, 2006).

O financiamento do SUS, em prática deve se dar conforme previsto e orientado na Constituição Federal e nas leis regulamentação da política da saúde, assim, “A Constituição Federal prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e as respectivas leis orgânicas, a forma de divisão e o repasse dos recursos entre as esferas de governo” (CONASEM e CNS, 2018);

então, torna-se de responsabilidade dos três Entes da Federação a gestão financeira por completo do SUS, através de repasses aos órgãos responsáveis pela saúde pública.

De acordo com a Comissão de Intergestores Tripartite – CIT, os repasses da esfera federal necessariamente devem destinar-se aos fundos estaduais e municipais e para ações em nível federal; quanto aos repasses dos recursos da esfera estatal para a saúde tem de voltar-se ao financiamento de ações e serviços de saúde em nível estadual e a transferências aos municípios, que junto com seu recurso alocado para essa área irão promover ações e programas em âmbito municipal, de acordo com as necessidades locais.

A gestão financeira da saúde deu ensejo a muitos projetos de emendas constitucionais, dentre elas destaca-se Emenda Constitucional n. 29/2000 que foi um dos principais marcos no financiamento do SUS, esta modificou os Artigos 34,35, 156,160, 167 e 198 da Constituição Federal, assegurando e definindo recursos mínimos para o financiamento das ações de saúde.

Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000a), são fixados percentuais de gasto em Saúde para estados e municípios, respectivamente 12% e 15 % de suas receitas próprias. Porém, relativamente à regra de aplicação de recursos pela União em Saúde, abandona-se a vinculação a um percentual de receitas do Orçamento da Seguridade Social. O orçamento federal da Saúde passa a ser orientado por um piso mínimo, obtido a partir da correção dos valores de despesa empenhada no ano anterior pela variação nominal do PIB (crescimento econômico mais a inflação), até edição de lei complementar, que definiria o mecanismo de fixação do orçamento da Saúde. A regulamentação ocorreu em janeiro de 2012, com a sanção pela presidente Dilma Rousseff da Lei nº 141 (BRASIL, 2012c), que manteve a regra até então vigente, segundo a qual os gastos mínimos a serem realizados pela União serão obtidos da correção dos valores empenhados no ano anterior pela variação nominal do PIB. (BRASIL, 2013, p.23)

Os investimentos na saúde sempre foram motivo de preocupação e debates entre os entes federativos, no entanto, de maneira antagônica e não benéfica para o sistema, a preocupação e interesse sobre o financiamento da saúde giram em torno da preocupação em reduzir simultaneamente seus repasses para a política em discussão.

Em 2015, aprova-se a Emenda Constitucional 86, e em certo, um retrocesso para a saúde. Estabeleceu-se por meio desta, um investimento mínimo da União para a saúde de 15% da Receita Corrente Líquida, por meio de uma regra transitória

de escalonamento (de 13,2% a 15%) que dar-se-ia ao longo de 5 anos, (CONASEMS E CNM, 2018).

No ano seguinte, em 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional 95 mais conhecida como a PEC da morte por congelar os gastos da esfera federal com os serviços públicos por vinte anos, esta, foi estabelecida com a falsa justificativa de tentar equilibrar as contas públicas. Esta PEC desencadeia alterações significativas na eficácia das políticas sociais.

As regras do novo regime não permitem, assim, o crescimento das despesas totais e reais do governo acima da inflação, nem mesmo se a economia estiver bem, o que diferencia o caso brasileiro de outras experiências estrangeiras que adotaram o teto de gastos públicos. Somente será possível aumentar os investimentos em uma área desde que sejam feitos cortes em outras. As novas regras desconsideram portanto, as taxas de crescimento econômico, como também as demográficas pelos próximos 20 (vinte anos), o que (e aqui já antecipando a nossa crítica a respeito), poderá levar ao sucateamento das políticas sociais, especialmente nas áreas da saúde e educação, pondo em risco por completo a qualidade de vida da população brasileira. (MARIANO, 2019, p.02)

Cabe aqui pontuar que a PEC da morte, a Emenda Constitucional 95, corrobora diretamente com a lógica reducionista do Estado e com a perpetuação capitalista. O Estado resultante após esta Emenda Constitucional será bem menor no que diz respeito ao estado de direitos, prevalecerão políticas sucateadas e o aprofundamento das desigualdades.

Visando facilitar o gerenciamento, e a transferência dos recursos da União para os estados e municípios depois da EC 95, o Ministério da Saúde decreta a portaria de N. 3.992, que trata sobre a limitação dos gastos e o repasse dos recursos financeiros. Esta normativa, institui uma nova metodologia de repasse da União para os demais entes federativos. Os repasses com esta portaria, passaram a dar-se em blocos sendo eles o Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (CONASEMS E CNM, 2018). Determina-se ainda por meio desta portaria a formação de uma conta conjunta para o recebimento de todos os repasses, pois antes cada programa, cada projeto tinha uma conta específica.

Como definido na Lei nº 8.142, todo gerenciamento dos recursos financeiros do SUS, independente da esfera de governo deve ser monitorado, por meio do Plano de Saúde e o Relatório de Gestão, além da Audiência Pública e do Sistema

de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) estabelecido pela Lei Complementar nº 141 e outros meios.

De forma estratégica o SUS traça meios de organizar e evitar descompasso em sua gestão, vale-se de instrumentos de planejamentos da saúde, este que deve ocorrer de maneira integrada entre as três gestões, de modo que cada esfera de governo trace seu próprio planejamento.

Nos termos da lei 80.80/90 e 8.142/90 a direção do Sistema Único de Saúde deve ser composta pelo órgão setorial executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, para que assim haja simultaneamente participação social.

Cada ente da Federação deve ter seu próprio conselho de Saúde e elaborar planos de ação. As prioridades nas ações e serviços de Saúde são definidas nacionalmente pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Também no nível estadual ocorrem as pactuações no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites, que é composta do representante do estado e dos municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Os conselhos definem-se como órgãos, permanentes, deliberativos que atuam na formulação, no controle e avaliação das políticas públicas. Estes conselhos têm formação paritária, sendo 50% representantes da sociedade civil e 50% representantes do governo. É um dos meios mais eficaz de participação social.

A Lei 8142/90, além de definir os conselhos de saúde, também estabelece as Conferências como uma das formas de controle social que devem serem realizadas na política da saúde. As conferências de Saúde devem acontecer a cada quatro ano, com a participação da sociedade civil e outros segmentos como a representatividade da esfera governamental. Os objetivos dessas, centram-se na formulação de políticas de saúde de acordo com as necessidades do momento. Como uma forma de preparação para este momento devem ser realizadas as pré-conferências para que assim haja a mobilização para o momento magno.

Os conselhos devem obrigatoriamente acompanhar todo o processo e realização das conferências. Cabe destacar que assim como os Conselhos se dão todas as esferas de governo as conferências também devem realizar-se em nível municipal, esta e nacional.

Ao reconhecer os conselhos e conferências como espaços de discussão e decisão sobre a política de saúde nas três esferas de gestão – municipal, estadual e federal –, o SUS consolida uma noção de democracia além da puramente formal. Ao fazer com que, ao menos uma vez por mês – os conselhos se reúnem, em média, mensalmente –, centenas de milhares de pessoas sentem e discutam sobre o SUS, o modelo de participação na saúde consolida uma prática participativa democrática fundamental. (CEAP, 2017, p.89.)

O SUS como já foi mencionado é fruto da luta e organização dos movimentos sociais liderados pela classe trabalhadora, que hoje, encontra-se em uma luta diária para a sua real efetivação do sistema público de saúde brasileira.

Em 2003 é estabelecida a Política Nacional de Humanização - PNH, esta deve estar presente em todas as políticas, programas e serviços de saúde, a PNH foi elaborada com o objetivo de efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção e gestão e assim melhorar a relação entre trabalhador, usuário e gestor. O Ministério da Saúde afirma que a Política Nacional de Humanização.

Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A PNH, também conhecida como HumanizaSUS, incentiva a humanização dos serviços de saúde. Estabelecida a partir da realização de análise dos problemas presentes na saúde, esta tem como princípios a transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos, norteando-se pelo acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários.

De acordo com os dados disponibilizados pelo MAIS SAÚDE (2017), mais de 70% da população brasileira dependem exclusivamente do SUS, por não possuírem planos de saúde privados ou empresarial, sendo que 87 milhões de brasileiros são acompanhados por 27 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), presentes em 92% dos municípios. Aproximadamente cerca de 110 milhões de pessoas são atendidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que atuam nos municípios brasileiros.

O Sistema Único de Saúde seria extraordinário se realmente fosse efetivado como prega as legislações. Um dos maiores desafios para a saúde na contemporaneidade tem sido a sobrevivência do SUS, principalmente depois que aprovada a PEC da morte, segundo os dados disponibilizados pelo Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas (NAPP) – Saúde, o SUS no ano de 2019 perdeu cerca de R\$ 8,5 bilhões no orçamento federal o que corroborou para um retrocesso na política de saúde pública brasileira.

Como se não bastasse, de acordo com as informações da Agência Brasil 2019, e outras vias de informações o governo federal no ano de 2019 determinou que a partir de janeiro de 2020 seu repasse para os municípios destinados a saúde dar-se-ia de acordo com o número de pessoas cadastradas no Sistema Único de Saúde, esta é uma das mudanças mais drásticas que acontece na história do financiamento do SUS, os repasses até esta medida dava-se de acordo com o número populacional do município.

Esta nova configuração no repasse federal implicará negativamente em uma série de fatores no que diz respeito a promoção dos serviços de saúde na atenção básica, pois as demandas estão em crescente aumento. O piso da atenção básica dava-se de maneira fixa, o que contribuía para a realização de uma série ações relacionadas a esta instância, até esta modificação o repasse variava entre R\$ 23,00 a R\$ 28,00 por habitantes, a partir destas alterações esse repasse será de acordo com o número de usuário cadastrados na atenção básica. As cidades irão perder cerca de 62% do que receberam no ano de 2019 (MENDES, 2019).

Esta modificação tende a piorar uma série de problemas que já vinha sendo notificado nos municípios, como a dificuldade no acesso aos serviços do SUS; ineficiência ou até mesmo falta dos serviços voltados a recuperação do paciente; falta de profissionais nos postos de trabalhos e medicamentos e insumos básicos; falta de preparo do profissionais; atendimentos inadequados (principalmente os de emergências); precarização do ambiente e outros inúmeros problemas que poderiam serem listados.

Na atualidade, torna-se perceptível enquanto um novo desafio no Sistema Único de saúde a falta de integralidade entre os entes governamentais da saúde pública, falta de interação entre os entes federativos, que alinhado a falta de vontade política de muitos gestores em efetivar direitos colabora para a fragilidade contínua da política.

Torna-se oportuno ressaltar que no cenário contemporâneo as conquistas constitucionais estão perdendo sua essência, a saúde assim como todas as políticas sociais estão se tornando seletivas, causa de muitos desafios e sérios problemas na sua efetivação enquanto política de pública de caráter universal. O SUS por sua vez, enfrenta constantemente o seu principal desafio que é o de ser único, resultando aos cidadãos brasileiros como alternativa de enfrentamento para o contorno da situação, a luta constante e o levante da bandeira em defesa do SUS, assim como em décadas anteriores.

CAPÍTULO II O SERVIÇO SOCIAL INSERIDO NA POLÍTICA DE SAÚDE

Buscou-se neste capítulo em um primeiro momento discorrer sobre o Serviço Social na saúde, enfatizando as atribuições, competências gerais e privativas do assistente social, bem como as ações que lhe são impostas cotidianamente quando inseridos na política da saúde e importância em tempos de pandemia. Em um segundo momento, explana-se sobre o Programa Tratamento Fora de Domicílio, este que na atual conjuntura configura-se como um dos espaços de atuação do assistente social, ainda na mesma seção expende-se particularidade do funcionamento do Programa no município de Barbalha Ceará.

2.1 O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE: AÇÕES PRIVATIVAS, COMPETÊNCIA TÉCNICA E FUNÇÕES DELEGADAS

A inserção dos assistentes sociais brasileiros na saúde deu-se a partir da década de 1940, logo após o surgimento da profissão, em um contexto totalmente conturbado, marcada essencialmente pela introdução capitalista e por conflitos de classes decorrente do crescimento da classe operária e do movimento operário em razão das diversas formas de exploração. Em seus primórdios, a profissão em todos seus espaços sócio-ocupacional surge atrelada aos interesses da classe dominante e alinhada à igreja católica, para intervir diretamente em aliança com eles no agravamento da questão social e no enfrentamento das pressões da classe operária.

Pode-se afirmar, que a profissionalização e legitimação do Serviço Social, deu-se em pleno contexto do capitalismo monopolista, mediante a intensificação da

tensão entre as classes sociais e o acirramento da questão social, que requisita do estado novas formas de intervenções. Neste contexto, a introdução dos assistentes sociais na saúde, acontece inicialmente por meio da incorporação da profissão nos hospitais, para atuar como elo entre a instituição e os usuários e para a realizar trabalhos com as famílias (PINHEIRO, 1985 APUD MATOS,2013).

O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO E MATOS., 2001, p.03)

O assistente social na saúde tornou-se excepcional para mediar a visível contradição entre as demandas e os serviços ofertados, esses que, que se tornavam cada vez mais restritos e seletivos e para o combate as reivindicações da classe trabalhadora, a partir de sua intervenção. Cabe ressaltar que a atuação desses profissionais, em todas as instancias da sociedade, por muito tempo serviu para reforçar a coerção e controle da classe dominante do período. O agir dos mesmos, davam-se por meio de ações de cunho caritativo e assistencialistas estabelecidas pelo estado e pela igreja, a fim de manter o controle social almejados por ambos.

Na década de 1980 acontece os grandes marcos, que mudam os rumos do Serviço Social e da política de saúde pública brasileira. A profissão supera os limites institucionais, nega o seu conservadorismo, suas bases tradicionais e passa a ter uma perspectiva crítica acerca da realidade social, enquanto a saúde, torna-se um direito garantido constitucionalmente e de caráter universal. Visivelmente este fato, proporciona a ampliação dos espaços sócio ocupacional do assistente social.

Frente a negação do tradicionalismo do Serviço Social e a ruptura do conservadorismo profissional, a profissão rever suas bases curriculares, altera o seu projeto ético-político e seu projeto profissional, este que, de acordo com

[...] apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 2006, p.144).

O projeto profissional do Serviço Social, passa a objetivar a construção de uma nova ordem societária, comprometendo-se com a classe trabalhadora e com a efetividade direitos sociais. Suas ações desvinculam-se das práticas de cunho caritativo e assistencialista, e adequa-se às novas expressões da questão social, que passa a ter do Estado um novo trato, esse que dar-se via políticas públicas.

Decorrente dessas alterações, em 1993, atualiza-se o código de ética do Serviço Social, este, passou a ter uma concepção ética vinculada a valores ético políticos comprometidos com a efetivação e defesa da democracia e a emancipação humana. O mesmo, vigente até hoje, estabelece princípios essenciais que devem necessariamente orientar o fazer profissional do assistente social em todos os espaços sócio-ocupacional.

A efetivação desses princípios remete à luta, no campo democrático-popular, pela construção de uma nova ordem societária. E os princípios éticos ao impregnarem o exercício quotidiano, indicam um novo modo de operar o exercício profissional. Aqueles princípios estabelecem balizas para a sua condução nas condições e relações de trabalho em que se realiza e para as expressões coletivas da categoria profissional na sociedade. (IAMAMOTO, 2009, p.27)

Os princípios expressos no código de ética do assistente social voltam-se para a garantia dos direitos sociais e da totalidade social, resumidamente são eles o reconhecimento da liberdade; defesa intransigente dos direitos humanos; ampliação e consolidação da cidadania; defesa do aprofundamento da democracia; posicionamento em favor da equidade e justiça social; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; garantia do pluralismo; opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual e o exercício do Serviço Social sem discriminação.

O Serviço Social enquanto profissão, regulamenta-se através da Lei Nº 8.662 de 1993, esta, estabelece competências técnicas e atribuições privativas do assistente social, na qual independem do espaço de atuação do assistente social. As competências e atribuições estabelecidas e regulamentadas pela lei citada, alinhadas ao código de ética da profissão, de acordo com o Conselho Federal de

Serviço Social, 2010, auxiliam os profissionais em seu exercício profissional a definir prioridades e estratégias para responder as demandas que lhes são apresentadas.

Considerando as mais visíveis e requisitadas intervenções do assistente social na política da saúde, destacam-se como principais competências desse profissional a elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas sociais junto a órgãos da administração pública; elaboração, coordenação, execução e avaliação de planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; realização de encaminhamentos, e prestação de orientação social a indivíduos, grupos e à população; realização de estudos socioeconômicos com os usuários, dentre outras não citadas.

As competências mencionadas logicamente dependem de competências gerais que são essenciais para a compreensão do contexto sócio-histórico em que se encontra sua intervenção e que permite ao profissional a análise crítica da realidade para articular e pôr em prática suas atribuições e competências privativas (CFESS,2010).

As atribuições privativas, são próprias do assistente social, exclusivas dos mesmos, são coerentemente resultantes de sua formação profissional, exemplos delas são a realização de vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social, além de, planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social.

Dessarte, suas competências e atribuições decorrentes de sua formação profissional possibilita o desenvolver de um trabalho acentuado diante a realidade da instituição e a realidade social de seus assistidos, e em certo, nas diferentes dimensões da questão social.

Direcionando e retomando a discussão para o Serviço Social na política da saúde, na atualidade, torna-se perceptível que a política da saúde, vem se configurando como um dos principais espaços de intervenção dos assistentes sociais, nesta política, descortinam-se para o Serviço Social constantemente novos espaços e novas funções.

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos, com o firmamento do Sistema Único de Saúde – SUS, ampliaram-se para os assistentes sociais espaços multidisciplinar, interdisciplinar, intersetoriais e no âmbito da gestão e planejamento da política (Krüger,2010), pautados na lógica da garantia do direito a ter acesso aos serviços de saúde e na cidadania.

O Serviço Social aliado a outras profissões, em decorrências das inúmeras contradições do atual contexto, vem colocando-se na linha de frente em defesa do projeto de reforma sanitária, este, que objetiva a real efetividade e qualidade do Sistema Único de Saúde por meio da implementação organizada dos serviços de saúde.

Diante de análises, nota-se que o projeto ético-político e o projeto da reforma sanitária apresentam semelhanças, embora:

[...] mesmos que distintos – uma vez que o Projeto Ético-Político do Serviço Social é de uma corporação profissional e o da reforma sanitária seja um projeto de política social que se materializa também como um serviço – ambos projetos têm uma clara concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa. (MATOS, 2013, p.102)

Ambos projetos construídos em um mesmo contexto histórico, tem uma compatibilidade entre seus princípios, aportes e referencias, partilhando assim de uma mesma ótica. Ao relacionar os mesmos, torna-se visível que esses projetos compartilham de interesses em comum, neste caso, a defesa do direito universal a saúde.

Deste modo, os assistentes sociais ao atuar na saúde, necessariamente, além de nortear-se pelo seu projeto ético político devem orientar-se, alinhar-se e defender o projeto da reforma sanitária (MATOS, 2013), considerando o conceito ampliado de saúde e atentando-se a identificação dos impasses que impossibilitam a efetividade de ambos projetos e desprezar-se de práticas e visões conservadoras.

Diante do visível afastamento entre o SUS colocado em prática e o SUS descrito constitucionalmente, da incompletude das instituições da saúde e da política em geral, atuar nesta instancia tem sido desafio para os profissionais. O projeto da reforma sanitária na atual conjuntura, apresenta como demandas para o Assistente social a:

[...] Busca de democratização do acesso as 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 a participação cidadã. (BRAVO E MATOS, 2001, p.10)

Os profissionais do serviço social, atuam diretamente na luta e na defesa para a efetivação e consolidação de um Sistema Único de Saúde eficaz, convivem com o alargamento do conflito existente entre o projeto privatista que logicamente representa os interesses do capital e o projeto de reforma sanitária para a saúde pública representante dos interesses da classe trabalhadora.

Cabe pontuar, que o Serviço Social enquanto profissão inserida na saúde, legitima-se a partir das contradições visivelmente existentes nesta política e nas manifestações latentes da questão social nesta instância, estas que a priori são evidenciadas nas mais diferentes formas da qual demandam respostas concretas e eficazes capazes de superá-las.

A questão social, objeto de intervenção dos assistentes sociais, de acordo com Iamamoto 2009:

[...] é indissociável da sociabilidade capitalista e envolve uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas. Suas expressões condensam múltiplas desigualdades mediadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais, relações com o meio ambiente e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2009, p.27).

O fazer profissional dos assistentes sociais na saúde, se materializa nos diversos equipamentos dispostos pela política, destacando-se principalmente os Centros de Apoio Psicossocial – CAPs, Centros de saúde, Secretarias Municipais de Saúde, hospitais e outros, esses espaços em sua essência apresentam uma diversidade de demandas e de manifestação das mais variadas expressões da questão social.

Na atualidade, torna-se perceptível um grande avanço com relação a ampliação dos espaços ou equipamentos de trabalho dos assistentes sociais saúde. Notifica-se recentemente a constante inserção desses profissionais em um espaço até então não inserido, que é, na equipe de saúde da família dentro das unidades básicas de saúde. Em certo, nestes espaços os profissionais podem conhecer e aproxima-se da realidade dos usuários e da comunidade em geral, principalmente quando houver violação de direitos (SOUZA, 2015).

Destarte, a atuação do assistente social vincula-se a perspectiva da garantia dos direitos, na viabilização da promoção e acesso aos serviços de saúde na sociedade e no desvelamento e enfrentamento às expressões da questão social,

politizando suas ações de modo que contribua para o fortalecimento do sistema público de saúde e para a reflexão crítica dos assistidos pela política.

A ação profissional dos assistentes sociais na saúde, tem como premissas para atuação as necessidades sociais em saúde construídas e determinadas pelo movimento de reforma societário; o direito à saúde operacionalizado pelo sistema e serviços de saúde e a produção da saúde que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas (MIOTO e NOGUEIRA, 2009).

De acordo com os parâmetros de atuação do assistente social na política da saúde, p.41, 2010, elaborado pelo CFESS, compreende-se que:

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.(CFESS, 2010, p. 41)

O atendimento direto ao usuário na qual refere-se o primeiro eixo materializa-se por meio do atendimento individual ou em grupo nos diversos órgãos da saúde, através de ações socioeducativas, assistenciais e interdisciplinar, nos diversos espaços que compõe a assistência em saúde. Aqui, destaca-se como uma das principais ações desenvolvidas pelos profissionais a orientação social, com vistas para a ampliação dos direitos.

As ações socioeducativas desenvolvidas pelos profissionais na saúde e na diversidade de espaços ocupacionais em que eles são inseridos, devem ter ênfase em uma visão participativa e dialógica e corroborar para a apreensão crítica dos usuários acerca de sua realidade, buscando sempre por meio de suas ações o desenvolvimento da autonomia do sujeito.

A atuação dos assistentes sociais no eixo da mobilização, participação e controle social dar-se mediante a participação dos profissionais nos fóruns, conselhos, conferências de saúde e todas as formas de controle social da saúde, estes que tem a função de fiscalizar, formular e implementar a política em curso.

O assistente social, quando atuante no controle social, pode democratizar espaços e informações, realizar medidas socioeducativas com os membros, orientar nos processos de decisões e aprovações de planos e projetos, realizar mediações entre o conselho de saúde e outros conselhos existentes na sociedade, dentre outras atribuições e funções que os mesmos podem desenvolver (KRÜGER,, 2010).

As ações de investigação, planejamento e gestão se consumam por meio do fortalecimento da gestão democrática e participativa, com vistas para a interdisciplinaridade e a intersectorialidade e a gestão em favor dos usuários e trabalhadores da saúde (CFESS, 2010). Nesta modalidade, sugere-se para o assistente social a realização planejamentos participativos, este que, envolve a participação de profissionais da área e ou usuários da política na elaboração de diagnósticos para o levantamento de prioridades.

Na assessoria, qualificação e formação, em conformidade com o referido parâmetro de atuação, diz respeito a ações que objetivam o aperfeiçoamento profissional, a constante busca por conhecimentos e atualizações de sua prática, esses, são de natureza temporária e eventual. Ressalta-se que, a assessoria em suma tem como objetivo propor alternativas e possibilidades concretas capazes de gerar mudanças no enfrentamento de questões cotidianas extrapolando muitas vezes o espaço institucional.

Certifica-se então, diante do exposto, que muitas são as possibilidades de atuação do Serviço Social na política da saúde. As ações desenvolvidas pelos assistentes sociais nesses eixos são múltiplas, destacando-se como principais a democratização de informações, elaboração de estudos socioeconômico dos usuários, articulação da rede, estímulo a participação da sociedade no controle social, planejamento e execução de ações que assegure a garantia do direito.

São dirigidas aos profissionais nos diversos equipamentos da saúde demandas espontâneas, onde o usuário procura espontaneamente o atendimento do serviço social; encaminhamentos internos, derivados de outros setores da própria unidade de saúde, para o setor do serviço social e encaminhamentos externos advindos de outros equipamentos para acesso aos serviços da unidade (Vasconcelos, s.d). O profissional deve, contribuir e facilitar com o acesso dos assistidos aos serviços de saúde da instituição em que está inserido e de toda a rede de saúde.

Frente as estas demandas os assistentes sociais realizam orientações diversas, encaminhamentos internos para serviços, programas e projetos da própria unidade e encaminhamentos externos principalmente para a rede socioassistencial, para outros equipamentos da saúde ou outras políticas. Estes profissionais na saúde, utilizam a mediação enquanto principal ferramenta e estratégia de trabalho; a

mediação, por sua vez, permite que o profissional transite do campo teórico para o fazer profissional propriamente dito.

A política da saúde é assegurada por uma equipe interdisciplinar, o assistente social sendo um dos profissionais que a integram, para que haja a efetividade e qualidade dos serviços prestados, deve agir de forma complementar e cooperativa, de modo que haja uma boa articulação com a equipe envolvida. Nesses casos, o código de ética do serviço social estabelece como dever do profissional, respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões e veda a intervenção do assistente social nos serviços que estejam sendo realizados por outro profissional, a não ser que haja o pedido de determinado profissional.

Ressalta-se de acordo com Vasconcelos (2002) apud Matos (2013), que os assistentes sociais quando inseridos na saúde, verbalizam o compromisso com os usuários e firmam sua missão com o fortalecimento do SUS e de seu projeto ético-político, no entanto, sua prática não viabiliza essa perspectiva, por razões múltiplas, muitas delas, decorrentes de alguns limites que lhe são impostos e fragilidade da própria política.

Desta forma, torna-se evidente que:

[...] a inserção do Serviço Social no campo da saúde, articulando a ação profissional às diretrizes do SUS, sinaliza para um estatuto diferenciado da profissão no campo da saúde, subsidia a ação do assistente social junto às equipes interdisciplinares, contribui para a materialização do projeto ético-político da categoria profissional no SUS e favorece um atendimento de qualidade à população usuária do sistema. (KRÜGER, 2010, p.142)

O assistente social articulado aos profissionais inseridos também na política da saúde, corrobora diretamente para a eficácia e qualidade do Sistema Único de Saúde brasileiro. Respaldados por aparatos teóricos metodológicos da profissão e por conceitos e orientações fundamentais da saúde, tem sua atuação voltada para a totalidade dos usuários, com intervenção orientada pela ideia de expansão do direito social.

Esses profissionais, dispõe de vários instrumentais técnicos e ferramentas que auxiliam e colocam em prática o seu fazer profissional, a escolha e determinação desses, dar-se de acordo com a demanda e com a intencionalidade e objetividade da intervenção profissional. Há instrumentais diretos, que possibilita o diálogo, o contato direto entre o profissional e o usuário, exemplos desses são: visitas social, entrevista social, atendimento e acompanhamento social e também os

instrumentais indiretos que são os registros profissionais, resultado do contato direto entre profissionais e usuários, esses independem da metodologia escolhida, destacam-se como principais e mais utilizados na política da saúde o laudo social, relatório social e parecer social.

O Serviço Social enquanto profissão inserida diretamente na divisão socio técnica do trabalho vincula-se entre as tensões e dilemas presentes no mundo do trabalho e certamente enfrenta uma série de desafios, notando-se assim:

[...] uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho. Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao seu controle do indivíduo e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho. Alargar as possibilidades de condução do trabalho no horizonte daquele projeto exige estratégias político-profissionais que ampliem bases de apoio no interior do espaço ocupacional e somem forças com segmentos organizados da sociedade civil, que se movem pelos mesmos princípios éticos e políticos. (IAMAMOTO, 2009, p.16)

Deste modo, o Serviço Social ao acompanhar os determinantes externos proporcionado pelas diversas alterações ocorridas na sociedade e no mundo do trabalho, decorrente do neoliberalismo, depara-se com inúmeros desafios, dentre eles a baixa remuneração, precarização do trabalho nos serviços públicos, aumento das demandas, diversidade das funções e aumento da carga horaria, além da continua restrição e limitação no acesso aos direitos sociais e a precarização da própria política na qual o mesmo está inserido. Este fato, pode dificultar ou até impossibilitar a realização do trabalho com qualidade dos profissionais.

Neste cenário, acaba sendo requisitado aos profissionais ações que não são de competência do Serviço Social, são delegadas aos mesmos nos mais diversos espaços de atuação, além de suas atribuições privativas a realização de ações que sua formação profissional não o habilita, exemplo destas atividades são agendamento de consultas ou exames, comunicação de óbito, agendamento e controle do transporte sanitário municipal, entrega de medicamentos, solicitação de equipamentos e controle de notas fiscais.

Frente a esta situação, o assistente social deve ter claro suas atribuições e competências, ser crítico, reflexivo e atentar-se a instrumentalidade da profissão, esta que, diz respeito a capacidade do profissional em articular em seu fazer

profissional as três dimensões do serviço social, que são elas a teórico - metodológica, ético-político e técnica operativa. E por fim, deve estar sincrônico a luta e defesa do Sistema Único de Saúde e com compromisso ético-político da profissão que se resume a defesa intransigente dos direitos sociais da classe trabalhadora.

2.1.1 O serviço social na saúde em tempos de pandemia

Declarada em 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia do novo Coronavírus (COVID 19) leva o Brasil e muitos países a viver um cenário bastante semelhante ao dos anos 1918 e 1919, período em que se registrou a maior de todas pandemias da história, esta que, ficou conhecida popularmente na época como gripe espanhola.

A COVID19 é um quadro de infecção viral, causado pela disseminação desenfreada do vírus SARS-CoV-2; seus primeiros casos foram registrados na China ainda no final do ano de 2019, e hoje, alarga-se em grande proporção e rápida velocidade entre os países, desencadeando inúmeras consequências para a estrutura da sociedade e mudanças bruscas para a vida de toda população, independentemente de estar ou não acometido pela doença, uma vez que, para tentar conter os abalos desta pandemia as principais formas de enfrentamento orientados pelos órgãos responsáveis pela saúde pública são o isolamento social e período de quarentena.

Esta pandemia no território brasileiro, de acordo com dados do Ministério da Saúde – 2020 afeta uma parcela considerável da população brasileira, com um número acentuado de letalidade. Esta, além de repercutir profundamente na Política Nacional da Saúde, traz em larga escala impactos sociais, políticos, econômicos e culturais para a sociedade o que corrobora com o agravamento das situações de vulnerabilidade e o aprofundamento da pobreza.

Para a minimização da gravidade de seus impactos, o momento pandêmico passa a requisitar intervenções estatais, além da atualização do Sistema Único de Saúde do país e de toda Seguridade Social, por meio da implementação e reinvenção das políticas públicas e a revogação da Emenda Constitucional n° 95 em que congela os gastos com o SUS e todas as políticas sociais (CFESS, 2020).

Frente a este contexto, o Ministério da Saúde, por meio da portaria Nº 639 de 2020 e sobre ação estratégica “Brasil Conta Comigo: Profissionais da saúde”, passou a convocar os profissionais da saúde, membros inscritos nos conselhos regionais para atuarem e posicionar-se na linha de frente em combate ao Coronavírus, dentre eles estão os assistentes sociais, que limitando-se a suas competências profissionais, atribuições privativas e as normativas da profissão buscará garantir a efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde, de acordo com a reestruturação e organização dos serviços na atual realidade.

Em momento de calamidade pandêmica, a atuação ativa do assistente social enquanto profissional inserido na saúde e em uma diversidade de espaços sócio-ocupacionais torna-se de fundamental importância e necessidade, uma vez que, estes profissionais atuarão na defesa da vida garantindo a população o acesso aos serviços de saúde, assistência e previdência social e dos benefícios eventuais que são essenciais para a população em situação de pobreza, esta que por sua vez é a classe mais afetada (CFESS, 2020).

Neste cenário, o assistente social tem como incumbência defender a universalização no acesso as políticas públicas, bem como, de acordo com suas competências e atribuições participar de programas de socorro a população em situação de calamidade pública, realidade da atual conjuntura. Aqui, os profissionais mais do que nunca devem garantir seus preceitos e compromissos ético-profissionais e a prestação de serviço de qualidade, além de seguir rigidamente as orientações das autoridades sanitárias e de saúde do país, estados e municípios para evitar contaminações.

É uma conjuntura de trabalho única e desafiadora, há em certo, uma intensificação das demandas voltadas ao assistente social, seu trabalho nos equipamentos de saúde e em todas as instâncias logicamente apresentam a necessidade de serem recriados e repensados de acordo com as particularidades do momento. Novas metodologias e estratégias acabam sendo incorporados ao trabalho do assistente social, em muitos campos de atuação da saúde a ação profissional passa a ser voltada automaticamente a educação em saúde, orientação da nova rotina e sensibilização dos usuários, além da mobilização da rede socioassistencial.

Destarte, esta realidade aflora problemas antigos presentes na profissão desde o seu surgimento, estes que em sua maioria diz respeito as ações e função

do Serviço Social, no entanto, “mesmo em uma situação de calamidade, de uma pandemia, não se pode referendar o discurso de que todos/as devem fazer tudo” (Matos, p.04, 2020), assim, o assistente social deve negar-se a realizar funções que lhe são delegadas e que sua formação profissional não o habilita, devendo ater-se somente a funções que lhe é de sua competência e atribuição. Deve também reafirmar o seu compromisso com os assistidos da instituição da instituição de trabalho.

Considerando o Código de Ética Profissional da profissão e tendo em vista a situação, os profissionais são orientados a cobrar por condições de trabalho adequadas, como por exemplo a disponibilização de espaços de trabalho suficiente e apropriados para o atendimento individual; não realizar ações coletivas como reuniões e grupos, para evitar aglomerações; definir de maneira autônoma e de modo coletivo a forma adequada de atendimento as demandas de modo a proteger sua saúde e do usuário e exigir da unidade de trabalho Equipamentos de Proteção Individual - EPI, uma vez que estarão expostos a riscos (CFESS, 2020).

Deste modo, a apreensão crítica acerca da realidade e a atuação profissional do assistente social em tempos de pandemia não somente na política da saúde, mas em todas as políticas sociais, contribuirá para uma sociedade justa e igualitária, visto que, a principal premissa de atuação desses profissionais continuará pautando-se na universalização de acesso aos bens e serviços relativos a programas e política sociais.

Assim, em pleno contexto de pandemia fica ainda mais evidenciado a essencialidade da atuação do assistente social, em específico na política da saúde, pois suas ações se voltarão necessariamente a luta para uma saúde pública realmente universal e capaz de amparar e garantir o atendimento a todos brasileiros acometidos pelo COVID19 e outras doenças.

No próximo tópico, serão abordadas as principais características do TFD. Os assistentes sociais estão inseridos na coordenação e operacionalização de inúmeros programas de saúde dentre eles o programa Tratamento Fora de Domicílio - TFD

2.2 PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

O Sistema Único de Saúde, preconiza a equidade, universalidade e integralidade dos serviços de saúde. Organiza-se e efetiva-se por meio de políticas e

programas governamentais em todos os segmentos. Os programas de saúde, são ações implantadas e regulamentadas pelo estado, em específico pelo Ministério de Saúde, com o objetivo de efetivar a política pública de saúde e abranger toda sociedade brasileira em suas especificidades e necessidades, um exemplo destes, é o Programa Tratamento Fora de Domicílio foco do discurso deste tópico.

O Tratamento Fora do Domicílio – TFD, configura-se como um dos direitos do cidadão brasileiro. É um programa instituído pelo Ministério da saúde e assegurado pela Portaria nº. 55 de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), e um dos meios em que garante ao cidadão, através do Sistema Único de Saúde - SUS, quando necessários e quando esgotados todos os meios de atendimento em seu município de origem o tratamento médico em outros municípios do mesmo Estado ou de Estados diferentes, buscando assim efetivar a universalização dos serviços de saúde.

Conforme Fernandes (2010), este foi implantado ainda no período do INAMPS. De acordo com a ordem de serviço nº 167/88, o Tratamento Fora de Domicílio, consiste em atendimento médico a ser prestado ao beneficiário, da previdência Social, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário a esse tratamento.

No período de seu surgimento, o programa destinava-se exclusivamente aos segurados da Previdência Social, todavia, hoje o Tratamento Fora de Domicílio configura-se como um direito público de caráter universal, este que, necessariamente é norteado por meio dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde vigente.

O TFD “destina-se a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade eletiva” (BRASIL,1999), estes que não são ofertados pelo município de origem do paciente. É de competência do programa, de acordo com a portaria que o rege, intermediar consulta, tratamento ambulatorial, hospitalar e/ou cirúrgico previamente agendados; dispor de transporte de ida e volta para que o paciente possa deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar à sua residência e em muitos casos oferecer ajuda de custo para alimentação e hospedagem, tanto para o paciente quanto para o seu acompanhante.

O Tratamento Fora de Domicílio, em conformidade com sua regulamentação, só poderá ser concedido quando averiguado a indisponibilidade e oferta dos serviços no município de origem do paciente, quando realmente houver a garantia de atendimento no órgão de destino com data e horário definido previamente e quando os deslocamentos entre a cidade de origem e o órgão de destino forem maiores de 50 KM.

A inserção de pacientes no programa em discussão, só poderá acontecer após a emissão do laudo médico e solicitação do Tratamento Fora de Domicílio, esta solicitação e laudo necessariamente deve ser dados pelo Médico especialista da Rede Pública (BRASIL,1999). O laudo por sua vez, deve conter obrigatoriamente a descrição do estado de saúde do paciente, com o histórico da doença, diagnóstico provável, exames complementares anexados, tratamentos realizados e indicados, justificativas e as razões que impossibilitam a realização dele no município de origem.

A gestão do Programa Tratamento Fora de Domicílio de acordo da Portaria 55/99, é de responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde, sendo de competência desses órgãos, a definição dos recursos destinados ao programa e o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e as necessidades dos usuários.

O TFD na presente conjuntura, dar-se em duas modalidades, que são elas a intraestadual que ocorre quando o deslocamento do paciente para a realização dos acompanhamentos realiza-se no Estado de origem do próprio paciente e interestadual quando o paciente necessariamente deve deslocar-se a outro estado brasileiro que não seja o seu de origem.

Os casos de TFD Intraestadual, são de inteira responsabilidade do governo municipal, este que deverá financiar o mesmo através dos recursos do tesouro municipal e defini-lo como uma das aplicações municipais obrigatórias, estas que devem ser realizada anualmente em ações e serviços públicos de saúde, assim como prega as regulamentações do financiamento da política da saúde, quanto as despesas e financiamento relativos ao TFD Interestadual deve fazer parte das responsabilidades do governo estadual.

Torna-se importante ressaltar, que os recursos para financiamento do TFD intraestadual, obrigatoriamente, devem ser do tesouro municipal e estar dentro das

aplicações que devem ser realizadas anualmente em ações e serviços públicos de saúde, esta que deve ser no mínimo, 15% das arrecadações municipais.

Em relação ao transporte do paciente e do acompanhante que o programa deve oferecer, esses são disponibilizados de acordo a prescrição e orientação médica, de modo que contribua para o bem estar dos usuários. Estes, podem ser via terrestre ou aérea, por meio da concessão de passagens em ônibus rodoviários comuns, disponibilidade do transporte sanitário eletivo local ou passagens em linha aérea local. Ressalta-se que para a liberação de passagens aéreas, quando tratar-se de TFD intraestadual, em razão dos custos que são maiores, deve ser comprovado a incapacidade do paciente em deslocar-se via terrestre.

Nega-se o acesso ao TFD, quando os deslocamentos entre o município de origem do usuário e o município de destino forem menores de 50 Km, quando houver solicitações de TFD para outros países e quando o tratamento requisitado, solicitado estejam contidos no Piso da Atenção Básica – PAB (BRASIL, 1999).

Analisando a normatização do Tratamento Fora de Domicílio, verifica-se que o programa se desalinha dos princípios do Sistema Único de Saúde, quando é destinado exclusivamente aos usuários do SUS. Assim como em todos os programas de saúde, a gestão do programa TFD tem suas fragilidades, os cidadãos cotidianamente enfrentam desafios no que diz respeito a sua inserção no programa:

As dificuldades enfrentadas pelos usuários no acesso e utilização do Programa se relacionam a práticas de clientelismo, desinformação e uma legislação inconsistente, que deixa brechas na sua execução. (VIEIRA e NOGUEIRA, 2017, p.77)

Como cita os autores, o programa é permeado por práticas e ideias clientelistas, difunde-se cotidianamente a ideia de que o programa Tratamento Fora de Domicílio é benesse. O clientelismo, em si, sempre foi a base e fundamento da política brasileira e sempre esteve presente nos serviços público, mesmo que disfarçado. Outros impasses são a falta de informação a respeito da existência do programa e a falha nas legislações que o rege.

O TFD, enquadra-se no rol dos direitos sociais e enquanto direito deve obrigatoriamente ser efetivado e afastado da lógica clientelista, através da socialização de informações a respeito do direito a saúde e por meio da luta e defesa dos direitos. Azevêdo, p.02, 2016, pontua que:

A importância do TFD torna-se mais explícita quando se verifica que muitos usuários do SUS não possuem por vezes condições financeiras para deslocarem-se dos municípios de suas residências, em razão de não encontrarem mais ali, possibilidades para o tratamento adequado do qual necessitam para a conservação ou promoção de sua saúde. Visto dessa forma, não é difícil perceber que o TFD, em muitos casos, pode significar até mesmo a sobrevivência de muitos cidadãos. (AZEVEDO, 2016, p. 02)

Cabe ressaltar que mesmo sendo um direito legalmente garantido, este, em muitas localidades é negado ou disposto em condições precárias e inapropriadas, principalmente no que diz respeito ao transporte disponibilizados pelos municípios para o deslocamentos dos pacientes, os transportes em sua maioria apresentam péssimas condições para os deslocamentos dos usuários, o que acaba colocando a vida dos mesmos em risco, este fato, em certo vai contra o que a legislação do programa prega. Outro fato em que fragiliza o programa e que se alinha ao já citado é forma de tratamento do motorista para com o paciente, este, que em muitas vezes se dá de maneira desumana.

Em síntese o Programa Tratamento Fora de Domicílio é uma possibilidade de oferta dos serviços públicos de saúde destinados aos cidadãos brasileiros, enquanto serviço público, tem a finalidade de suprir as necessidades coletivas e deve ser prestado de forma adequada e eficaz. O próximo ponto trará características do programa no município de Barbalha- CE.

2.2.1 Tratamento fora de domicílio no município de Barbalha

O sistema de saúde do município de Barbalha-CE, integra a rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, dispõe de serviços básicos, de média e alta complexidade de saúde através de uma rede ambulatorial e hospitalar organizada, com prestadores públicos, filantrópicos e privados.

O programa tratamento Fora de Domicílio neste município, segue as orientações da portaria nº 55/99, esta que:

[...]estabelece uma série recomendações aos gestores públicos de saúde, e normatiza os direitos do paciente atendido pelas SMS em Tratamento Fora do Domicílio, dentre estes está estabelecido o direito a uma remuneração em dinheiro para custeio de suas despesas com alimentação e deslocamento quando encaminhado para fora do município. (FORGAÇA, 2014, p.24).

O município não dispõe do manual de normatização municipal do TFD. Como protocolos necessários, orienta-se que o paciente que apresente a necessidade de inserção neste programa, deve se deslocar-se com laudo TFD em mãos, primeiramente ao setor de auditoria da Secretaria Municipal de Saúde e sequencialmente ao CREMU da unidade, setor responsável pela parte burocrática até o agendamento do atendimento no órgão de destino, por fim, após o agendamento liberado o paciente ou seu responsável legal deve dirigir-se até o Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde para a solicitação do deslocamento.

Neste programa, o Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, configura-se como o setor responsável pelos procedimentos necessários para a concessão do deslocamento para o TFD e inserção do usuário no programa, esse, juntamente com outros setores envolvidos buscam garantir o direito do assistido ao acesso ao programa.

De acordo com o último levantamento de dados, realizados em fevereiro de 2020, o programa Tratamento Fora de Domicílio assiste 342 pacientes, sendo 43 idosos, 148 adultos e 151 crianças e adolescentes, da qual aproximadamente 72% dos pacientes estão inseridos no programa a mais de dois anos.

Os pacientes deste município, deslocam-se principalmente para a capital do estado, Fortaleza - CE, onde localizam-se as unidades pactuadas pelo SUS e referencias em média e alta complexidade para o estado. Destaca-se como principais unidades receptoras dos pacientes do município, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Hospital Infantil Albert Sabin (Hias) e Hospital de Messejana Dr. Alberto.

O município não oferece ajuda de custo para os pacientes, assume somente as despesas relativas ao deslocamento dos usuários até as unidades de destino, intermedia os agendamentos e atendimentos nos órgãos na qual os pacientes são encaminhados. Em caso de permanência indevida do paciente e acompanhante no local de destino, o programa, não arca com despesas adicionais e quando apresentado, antecipadamente, pelo usuário a coordenação do programa a necessidade de permanencia no local de destino, pode ser visto e intermediado pelo Serviço Social casas de acolhimentos para o descanso do acompanhante e do paciente.

Para o requerimento, ou solicitação do transporte quando agendado o TFD no órgão de destino, o paciente ou seu responsável necessariamente deve dirigir-se com antecedência ao setor do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, para a realização dos procedimentos burocráticos e essenciais para autorização do transporte requisitado.

Registra-se como casos de indeferimento municipal os pedidos de TFD em que o deslocamento entre o município de origem do paciente e o órgão de destino seja inferior a 50 KM. Em âmbito municipal, necessitam-se de análise especializada os pedidos de TFD em rede particular custeadas pelo próprio usuário.

O transporte do paciente e do acompanhante, disponibilizados pelo programa neste município, se dão em sua maioria via terrestre e via aérea nos casos em que haja impedimento de deslocamento via terrestre. São concedidas passagens de ida e retorno em ônibus rodoviários comuns de acordo com o processo licitatório do município, como também disponibilizado o transporte sanitário eletivo local (vans, carros convencionais e ambulâncias), desde que não apresente risco de vida para o paciente e nem a necessidade de assistência durante o deslocamento, em razão da não disponibilidade de equipe técnica especializada para acompanhar o trajeto de deslocamento do paciente.

No que diz respeito ao direito ao acompanhante, só são autorizados nos casos em que o paciente apresente necessidade do mesmo mediante justificativa em laudos médicos, com exceção dos pacientes idosos, crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, que já tem o direito ao acompanhante assegurado. Quando necessário e autorizado o acompanhante, só se permite uma pessoa por paciente e o mesmo necessariamente, deverá ter entre 18 anos e 60 anos e ser capacitado físico e mentalmente, parente ou responsável legal pelo paciente.

Os pacientes do município que realizam TFD interestadual são assegurados pelo estado, este que se responsabiliza pelo pagamento das despesas relacionadas ao deslocamento aéreo do paciente e do acompanhante para outro Estado da União, assim como também as despesas com a ajuda de custo para os pacientes, esta que é assegurada por meio da portaria estadual nº 2016/0016, assegura a ajuda de custo aos assistidos do programa TFD.

Nos casos de óbito de paciente durante o Tratamento Fora de Domicílio o município, em específico a Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo programa, não se responsabiliza com as despesas decorrentes do preparo e

remoção do corpo para a localidade de origem, nem despesas relativas a funerais, túmulo, e despesas cartorárias. Nesses casos, são realizados encaminhamentos para a política da Assistência Social, responsável pelos benefícios eventuais.

Em uma pesquisa de satisfação realizada entre os meses de Agosto e Novembro de 2019 no setor do Serviço Social da Secretaria Municipal de Saúde, setor responsável pelo programa, com aproximadamente cerca de 14% da população cadastrada no Tratamento Fora de Domicílio, constataram-se que 89,36 % dos assistidos e entrevistados mostraram-se satisfeitos com o atendimento e efetividade do programa no município, no que diz respeito aos transportes disponibilizados pelo município para as viagens do TFD, que são eles os carros convencionais, ambulâncias e vans, 51% dos participantes da pesquisa declaram que eles apresentam boas condições.

O município, seguindo as orientações da portaria regulamentadora do programa Tratamento Fora de Domicílio busca constantemente uma melhoria, eficácia e qualidade do programa, de modo em que abranja todos que necessitem serem por ele assistido.

CAPÍTULO III: DESCRIÇÃO SOBRE A PRÁXIS PROFISSIONAL NO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

Neste capítulo, em um primeiro momento apresenta-se o percurso metodológico utilizado no desenvolvimento da pesquisa, sequencialmente, retoma-se a discussão sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro apresentando os principais desafios do sistema na atual conjuntura, por fim, apresenta-se a análise e discussão dos dados coletados.

3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O referido estudo é resultado de uma análise minuciosa e objetiva. Trata-se de uma pesquisa de natureza básica com fins descritivos, cuja finalidade é expender particularidades e ampliar conhecimentos acerca da atuação profissional do assistente social no Programa Tratamento Fora de Domicílio no município de Barbalha-CE.

Este tipo de pesquisa conforme Gil (1999), possibilita a descrição detalhada de um determinado fenômeno, população ou realidade, permite expor com exatidão os detalhes dos dados coletados, retratando assim a perspectiva dos participantes.

Com uma abordagem qualitativa, este estudo, enfatizou a análise e interpretação da realidade pesquisada. Minayo (2000, p.21), afirma que este tipo de abordagem “responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado”, apenas exposta de forma descritiva.

Este tipo de abordagem, de acordo MARTINELLI (1999), apresenta pressupostos essenciais, que, dinamiza a relação entre o pesquisador e o objeto pesquisa, assim:

Um primeiro pressuposto é o do reconhecimento da singularidade do sujeito. Cada pesquisa é única, pois seu sujeito é singular, conhecê-lo significa ouvi-lo escutá-lo, permitir-lhe que se revele. E onde o sujeito se revela? No discurso e na ação. Assim, se a pesquisa pretende ser qualitativa e pretende conhecer o sujeito, pretende conhecer o sujeito, precisa ir exatamente ao sujeito, ao contexto em que vive sua vida. Como decorrência disso, o segundo pressuposto é que essas pesquisas partem do reconhecimento da importância de se conhecer a experiência social do sujeito e não apenas as suas circunstâncias de vida. Interessa o modo de vida... como o sujeito constrói e vive sua vida, seus valores, crenças, práticas cotidianas. E o terceiro pressuposto, que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social. (MARTINELLI, 1999, p. 22-23).

Desenvolvida em campo, esta, possibilitou ao pesquisador a coleta de dados diretamente da realidade estudada e conseqüentemente o conhecimento acerca do cotidiano dos sujeitos envolvidos, sendo assim classificada como pesquisa de campo, que, conforme Lakatos e Marconi (2010), consiste na observação dos fenômenos e fatos tal como ocorrem, e no registro das variáveis mais relevantes da análise.

Em sua essência, a pesquisa de campo possibilita a coleta de dados junto as pessoas, e em certo, a proximidade do pesquisador com objeto de estudo, esta, alinha-se também a outros tipos de pesquisas, essencialmente a bibliográfica, Fonseca (2002), possibilitando assim uma melhor compreensão e alargamento do conhecimento.

Apoiado na pesquisa bibliográfica, o levantamento dos dados para embasamento teórico desta pesquisa realizou-se a partir da análise documental de

materiais publicados relacionados ao tema, para assim uma maior familiaridade com o tema estudado. Aqui, percebeu-se que esta temática é pouca discutida e que há uma carência, ausência de trabalhos relacionados ao tema em estudo.

Nesta, utilizou-se como uma das técnicas para a coleta de dados a realização de entrevista focalizada de caráter semiestruturado, considerada uma das principais estratégias e técnicas de interação social mais utilizadas e indicadas para as pesquisas descritivas, qualitativas e de campo.

Realizada por meio da iniciativa do pesquisador, a entrevista tem por finalidade a coleta informações acerca de um determinado objeto de estudo. Quando definida como semiestruturada, a entrevista deve ser organizada por meio de um roteiro de pesquisa, composto por questões relacionados ao tema em estudo. Este modelo de entrevista é mais flexível, oferece ao entrevistado uma maior abertura ao responder as questões, deixando-o livre para a discussão de novas questões ligadas ao tema e que não foram pontuadas no roteiro. (MINAYO, 2010).

Na montagem do roteiro orientador da entrevista, exigiu-se dos envolvidos na pesquisa uma atenção dobrada ao elaborar as perguntas norteadoras, no que diz respeito a sua clareza e fins.

A coleta de dados realizou-se nos dias 25 a 28 de maio de 2020, na Secretaria de Saúde do município de Barbalha - Ce, especificamente no setor do Serviço Social da unidade. Os entrevistados foram selecionados intensamente conforme a disponibilidade dos mesmos e sua experiência de atuação no Programa Tratamento Fora de Domicílio, sendo assim, convidados a participar da mesma duas assistentes sociais atuantes na realidade analisada.

Esta pesquisa, orientou-se e desenvolveu-se a partir dos princípios e padrões éticos, respeitando a integridade física e moral dos entrevistados que voluntariamente aceitaram participar do estudo, nesta, manteve-se em sigilo os dados pessoais dos participantes, compartilhando após a autorização do entrevistado dada por meio do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento somente as informações pertinentes ao tema em estudo.

Preocupou-se em repassar aos entrevistados desde o primeiro contato com o entrevistador todos os objetivos e fins da pesquisa, os dados coletados foram respondidos em formulário próprio da pesquisa, sendo possível então, a análise e leitura dos dados coletados antes do encerramento da entrevista.

Diante dos dados coletados, as narrativas foram cuidadosamente trabalhadas e transcritas na sua íntegra, realizou-se entre os dias 02 a 10 de junho de 2020, a análise, consolidação e apresentação dos resultados. Ressalta-se por fim, que todas as expectativas desencadeadas os objetivos traçados no decorrer do estudo foram alcançados.

3.2 SUS: REALIDADE OU UTOPIA?

Figura 1: A realidade do SUS



Fonte: Google Imagens

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, conhecido mundialmente pelo seu caráter universal e integral, atualmente, na medida em que apresenta consideráveis conquistas tem denotado também inúmeros retrocessos e desafios, deixando-o sob um ângulo contínuo de construção e estruturação do modelo de saúde; este fato, dar-se em razão dos ideais neoliberais em curso que leva a novas contradições e ao fortalecimento da contrarreforma na saúde iniciada desde tempos pretéritos.

Notabiliza-se, os mais variados e agressivos resultados dos reordenamentos políticos, sociais e econômico do Estado neoliberal sob a saúde pública do país, este que, logicamente privilegia o interesse do capital e despreza a qualidade, investimento e o compromisso com políticas públicas acarretando assim no cotidiano dos serviços públicos de saúde diferentes questões operativas.

Preconiza-se até então, neste cenário, por meio de Emendas Constitucionais as metas fiscais e não as necessidades da população e os princípios constitucionais,

tem-se como exemplo a emenda constitucional nº 95 que claramente ao congelar e reduzir o teto de gastos com as políticas sociais prioriza os interesses e as tendências do neoliberalismo.

Frente a esta realidade, ocorre logicamente uma brusca alteração no financiamento das políticas sociais, estas que acabam assumindo um caráter fragmentado, setorializado e focalista que acabam manifestando padrões e tendências conflitantes nas mesmas. Na saúde, as consequências desse processo são ainda mais ampla, esta, em suma, ocasiona a precarização de todo o Sistema Único de Saúde.

Figura 2: Investimentos na saúde pública



Fonte: Google Imagens

A charge apresentada faz alusão ao financiamento da saúde pública em sociedades neoliberais, onde investimentos nesta instância dão-se de maneira mínima, inadequada e insuficiente frente as demandas. Estes investimentos acontecem por meio de subfinanciamentos, que alinhado a mal administração dos recursos disponíveis comprometem os resultados do SUS, descartando em certo a possibilidade do sistema de responder a todas suas demandas.

Conseqüentemente a escassez de verbas para o investimento na saúde impacta negativamente no comprometimento do sistema para com a população, tal fato, impacta diretamente a vida dos cidadãos que dependem unicamente dos serviços do Sistema Único de Saúde e corrobora com a disseminação da ideia de um sistema utópico visto que seus princípios e diretrizes não estão sendo cumpridos.

Desta forma, torna-se pertinente ressaltar que orçamento público destinado ao SUS além de ser insuficiente, ocorre nesta instância casos de desvios e corrupção em razão da falta de organização e vontade política de muitos gestores pela organização e consolidação das políticas públicas.

Fica expresso os limites efetivos da saúde pública e os tensionamentos postos a materialização do sistema, assim como a dualidade de um SUS construído historicamente e o SUS posto em prática. Assim, considerando esta realidade, o músico Gabriel Pensador em sua obra intitulada por “sem saúde” faz uma análise crítica e reflexiva acerca da realidade social na saúde pública brasileira frente controvérsias e negligências da ofensiva neoliberal.

Tá muito sinistro! Alô, preito, governador, presidente, ministro, traficante, Jesus Cristo, sei lá.../ Alguma autoridade tem que se manifestar!/ Assim num dá! Onde é que eu vou parar? Numa clínica pra idosos? Ou debaixo do chão?/ E se eu ficar doente? Quem vem me buscar?/A ambulância ou o rabeção?/ Eu Tô sem segurança, sem transporte, sem trabalho, sem lazer/ Eu num tenho educação, mas saúde eu quero ter Já paguei minha promessa, não sei o que fazer! Já paguei os meus impostos, não sei pra quê? (GABRIEL PENSADOR, 1997)

O trecho musical apresentado, faz uma forte denúncia frente a supressão dos direitos sociais e a falência das políticas públicas na atualidade, neste fragmento e em toda música de Gabriel Pensador, é expressa a situação caótica da saúde do país, narrando assim os principais problemas que afligem esta instância. A canção elenca como principais problemas da política da saúde a inadequação dos serviços ofertados, o número de demanda maior que capacidade de atendimentos, equipamentos sucateados, falta de humanização e outros. Em síntese, a música além da exposição dos principais problemas de saúde realiza alerta, um chamamento as autoridades administrativas do país para o levante de iniciativas e providências acerca da problemática.

Assim, pode-se perceber que o sistema único de saúde, influenciado por condicionantes (principalmente econômico), termina não sendo viabilizado e efetivado como se prega a constituição federal de 1988 e a lei orgânica da saúde 8.080/90. Seu caráter universal e integral não se efetiva em sua totalidade, o que reflete diretamente na vida da população que necessita e depende unicamente da saúde pública.

A charge a seguir partilha da mesma ideia de que a canção citada, denuncia a incompletude e negligência do sistema público de saúde para com a população, e certamente, as falhas dos serviços e instituições disponibilizados.

Figura 3: Fila do SUS



Fonte: Google Imagens

Fruto da mal gerencia administrativa dos recursos destinados a saúde, desequilíbrio organizacional, problemas de financiamento e outros, a população tem padecido com o caos na saúde pública e com as distorções e desvios em sua implementação, esse, resultante do descumprimento dos princípios e diretrizes orientadores do sus e da incapacidade da rede de serviços instalados para o atendimento à população.

A charge evidencia a falta da equidade, que neste caso manifesta-se por meio da incapacidade, carência e má distribuição dos serviços frente as necessidades e demandas dos indivíduos. Mostra-se detalhadamente as longas filas de espera e o tempo de espera significativo para o acesso aos serviços de saúde, resultantes do racionamento dos atendimentos em muitos casos o paciente vai a óbito esperando a sua vez para uma internação, exames, consultas, procedimentos cirúrgicos, recebimento de medicamentos e outros.

As longas filas dão-se em razão do descompasso entre serviços e demandas, assim como pela falta de profissionais e equipamentos destinados ao Sistema Único de Saúde, aqui, nega-se o direito do usuário ao acesso as ações e serviços de saúde na qual necessitam.

Mesmo diante de todos os problemas e desafios que o sistema único de saúde enfrenta, não se pode negar os avanços deste sistema para a realidade brasileira, este, mesmo não sendo efetivado como prega suas regulamentações acumula importantes resultados e avanços consideráveis, quando comparado ao sistema de saúde pública dos séculos passados. Desde a sua implementação, reduziu-se a mortalidade infantil e aumentou a expectativa de vida da população brasileira, implementou-se programas nacionais como o de vacinação e de transplante e rompeu com os modelos de sistemas difundidos em períodos anteriores.

3.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Realizada com duas profissionais do Serviço Social, procurou-se analisar nesta pesquisa o fazer profissional dos assistentes sociais no Programa Tratamento Fora de Domicílio do Município de Barbalha-CE, visto que, o referido programa configura-se hoje como um dos múltiplos espaços de atuação desses profissionais no âmbito da saúde pública na esfera municipal.

Nesta, o primeiro eixo de investigação voltou-se para as competências e atribuições do assistente social no TFD em instância municipal, uma vez que, esse profissional tem se tornado peça fundamental para a concessão e efetividade do programa na atualidade, que, por meio de um aparato legal configura-se como um direito social destinado ao usuário do Sistema Único de Saúde.

Considerando as regulamentações, os objetivos e necessidades do programa tratamento fora de domicílio, a entrevistada 01, define que uma das principais atribuições profissional do assistente social neste espaço resume-se a:

“Viabilizar o deslocamento de pessoas, cujo tratamento das enfermidades não é possível nas unidades de saúde no município de Barbalha, às unidades de referência do Estado, que na maioria dos casos se concentram na capital Fortaleza” (ENTREVISTADA 01)

Diante do exposto, percebe-se que o assistente social centra sua atuação na essência do programa, este que, enquadrado na ótica dos direitos sociais possibilita aos usuários do Sistema Único de Saúde o acesso a serviços de saúde (assistência

médico hospitalar) em outros municípios quando esgotados todas as possibilidades de realização em seu município de origem.

Assim, o assistente social quando inserido no TFD, diante de suas estratégias e ações tem papel fundamental para a real efetividade do programa e simultaneamente para a minimização e enfrentamento das desigualdades de acesso aos serviços de saúde e a precariedade dos serviços públicos. A entrevistada 02 ainda nesta questão de análise, pontua enquanto atribuição profissional a:

“Realizações de visitas domiciliares a fim de acompanhar os usuários em todo seu processo saúde/doença, auxiliando-os de forma a contribuir com o restabelecimento da sua saúde; articulação qualificada com as redes socioassistenciais formais e informais de apoio na esfera individual e coletiva, e por fim, o compartilhamento de informações sociais para a população usuária do SUS”. (ENTREVISTADA 02)

Essas ações, possibilitam o atendimento as demandas emergenciais e espontâneas vinda dos assistidos do TFD para o Serviço Social e a identificação das dimensões da questão social na vida dos usuários, além de transpor o caráter emergencial e burocráticos de suas ações sem que haja a negação as demandas institucionais.

As visitas domiciliares como opção metodológica, potencializa o agir profissional do assistente social, aproximando-os da realidade de vida dos sujeitos. Esta, em sua essência, permite que os profissionais conheçam a realidade dos usuários e articule a expansão dos direitos sociais voltados ao usuário e sua família (CFESS,2010). No tratamento Fora de domicílio, em razão do grande número do assistido, realiza-se essencialmente as visitas domiciliares nos casos em que há suspeitas ou denúncias de negligências com o paciente assistido pelo programa.

A articulação com a rede socioassistencial consoma-se por meio da realização de encaminhamentos aos equipamentos, recursos e mecanismos legais presentes no município, a fim de responder as demandas externas não relacionada ao programa, porém levadas ao Serviço Social pelo paciente TFD, estes dão-se em sua maioria para os equipamentos da política da assistência social da cidade.

O segundo eixo da análise referiu-se ao primeiro contato do profissional com o assistido do programa, este que, de acordo com a entrevistada 02 dar-se “após marcação do exame/ cirurgia para saber o fluxo do deslocamento”. Sendo assim, a relação profissional e usuário inicia-se a partir do momento em o paciente ou seu

responsável legal desloca-se ao serviço social em busca de informações acerca de seu deslocamento e estadia no município de destino, assim como, dos procedimentos burocráticos e obrigatórios (entrevista social, preenchimento de cadastro e solicitação de passagem) do programa.

Deste modo, o trabalho do assistente social e a relação do profissional como o usuário no TFD constrói-se cotidianamente, desde o momento de acolhida quando o paciente procura as primeiras informações no setor e perdura até a finalização e alta definitiva do seu acompanhamento/tratamento; o contato entre ambos acontece sempre que o paciente precisar se deslocar, pois precisa dirigir-se ao serviço social para a realização da entrevista social, a reatualização do laudo social e o requerimento do transporte.

Sequencialmente, em um terceiro momento investigou-se a acerca da importância do assistente social no programa tratamento fora de domicílio, frente a precariedade dos serviços de saúde, este profissional de acordo com a entrevistada 01, é

“Peça fundamental para acolher e direcionar a demanda, sendo a ponte que une o usuário ao serviço especializado atuando na comunicação junto a hospitais e clínicas para garantir o acesso efetivo”. (ENTREVISTADA 01)

Deste modo, em face das contradições alocadas pelo sistema capitalista, o assistente social a partir de sua premissa de atuação, que se volta para a afirmação e efetivação dos direitos sociais, torna-se fundamental para garantir a efetivação do direito à saúde, no âmbito do referido programa e demais políticas públicas diante da supressão dos direitos sociais e da redução de responsabilidade do Estado para com a classe trabalhadora.

No quarto eixo de investigação, pesquisou-se a respeito dos instrumentais de trabalho que sistematiza a prática profissional do assistente social a partir de suas competências e atribuições no TFD, assim como, as principais técnicas e estratégias de ação dentro do programa; tendo destaque como principais:

“O cadastramento de usuário (entrevista), laudo social (para formalizar o atendimento), declarações de comparecimento (para fins de comprovar o atendimento), ofício de solicitação do transporte ao setor competente (após confirmado o atendimento no hospital/clínica de referência).” (ENTREVISTADA 01)

Os instrumentais citados pela entrevistada dão-se na ordem conforme fora pontuados. O cadastramento do usuário no programa e a elaboração do laudo social realizado pelo assistente social, são decorrentes da entrevista social que é executada no primeiro contato do profissional com o paciente ou seu responsável legal, bem como a entrega de declarações de comparecimento e a produção de ofícios de solicitações.

Realizada no próprio local de atendimento do serviço social, a entrevista social, classifica-se como processo obrigatório sempre que o paciente necessite ser assistido pelo programa, esta, permite aos profissionais levantar informações, analisar fatos e situações pessoais ou familiares, como também orientar processos, realizar encaminhamentos e construir vínculos.

Os dados obtidos a partir da entrevista social são sistematizados no laudo social, este que é um dos mecanismos que possibilita a promoção de direitos dentro do programa em âmbito municipal. No laudo social documenta-se as informações mais significativas coletadas no estudo social e o parecer conclusivo do ponto de vista do serviço social frente a interpretação e análise (FÁVERO, 2012).

Cabe ressaltar que o laudo social é de habilidade e competência da categoria profissional, sendo assim uma atribuição privativa do assistente social no local, dentro do programa ele tem um caráter deliberativo frente as condições e exigências do município.

Verificou-se que a dinâmica cotidiana do setor, caracterizada essencialmente por um grande número de demandas relacionadas ao TFD e a outros programas que também ficam sob responsabilidade do Serviço Social acabam interferindo na essência e primazia do fazer profissional do assistente social, omite-se muitas vezes pontos primordiais e necessários em uma entrevista e certamente no laudo social, no entanto, tenta-se ao máximo dar prioridade a escuta qualificada.

O quinto eixo de investigação referiu-se as estratégias adotadas pelos profissionais para manter a qualidade no atendimento e o posicionamento ético-político da profissão diante das demandas do programa, visto que o serviço social dispõe de um projeto ético-político comprometido com a classe trabalhadora e com os direitos sociais, este que é fruto do amadurecimento da profissão ao longo dos anos.

A materialização deste projeto, frente as contradições da atual conjuntura e a notável contrarreforma do Estado ainda se configura como desafio constante, dado que:

[...] nenhuma ação profissional (e não só dos assistentes sociais) suprimirá a pobreza e a desigualdade na ordem do capital. Mas seus níveis e padrões podem variar, e esta variação é absolutamente significativa - e sobre ela pode incidir a ação profissional, incidência que porta as possibilidades da intervenção que justifica e legitima o Serviço Social. O conhecimento desses limites e dessas possibilidades fornece a base para ultrapassar o messianismo, que pretende atribuir à profissão poderes redentores, e o fatalismo, que a condena ao burocratismo formalista. (NETTO, 2007, p. 166)

Deste modo, o assistente social orientado pelo seu projeto ético-político, mesmo diante das limitações institucionais que lhe são impostas deve traçar estratégias interventivas voltadas a garantia dos direitos do trabalhador e atenção do ser social em sua totalidade, principalmente na política da saúde dado que o governo optou por fortalecer o projeto privatista de saúde.

Frente a esta realidade, no programa Tratamento Fora de Domicílio, a entrevistada 01 afirma que o diálogo é sua principal estratégia para manter o posicionamento ético-político da profissão, a qualidade de suas ações, o bom relacionamento com o usuário e o equipamento, e acima de tudo a efetivação de direito.

[...] mantendo o diálogo com ambas as partes, usuários e poder público, a fim de conciliar as demandas à capacidade de atender de forma satisfatória. Expondo ao usuário as fragilidades do sistema, propondo alternativas para continuidade do seu tratamento. (ENTREVISTADA 01)

Percebe-se então, que, sua estratégia apoiada na perspectiva ética da profissão pauta-se em uma prática consciente, coletiva e reflexiva a fim de construir caminhos que respondam coerentemente as demandas do programa. Por meio do diálogo, no TFD o profissional mante-se como elo entre o usuário e a instituição, frente aos principais problemas do programa, esses que em sua maioria são relacionados a disponibilidade do transporte para o deslocamento do paciente e aos atritos (dificuldade de relacionamento) dos usuários com os profissionais do setor de transporte.

Nesta temática de discursão, a segunda participante afirma que para não se desvincular de seu projeto ético-político, face as limitações institucionais e aos

conflitos que permeiam o programa orienta suas ações com base no código de ética profissional, este que apresenta ferramentas imprescindíveis para o seu trabalho, levando-o a priorizar assim um atendimento acolhedor (humanizado) e de caráter resolutivo mediante a escuta qualificada.

A sexta questão pesquisada voltou-se para as requisições incompatíveis com a profissão e em certo com o fazer profissional do assistente social no programa, bem como, o posicionamento dos profissionais frente a estas demandas, este eixo de análise justificou-se pelo fato de que muitos desconhecem as competências e o fazer profissional do assistente social no TFD.

Mencionou-se que:

“Diariamente nos deparamos com demandas de outros setores, acredito que pela ideia que historicamente foi construída de que o assistente social pode “ajudar” em qualquer situação. Precisamos, nesses casos, orientar as pessoas acerca do serviço do assistente social e o papel do profissional dentro do Tratamento Fora de Domicílio e na ocasião encaminharmos a quem de fato pode atender.” (ENTREVISTA 01)

“Rotineiramente recebemos no nosso setor assistidos a procura de serviços que são da política de assistência social, encaminhamentos para mediação de conflitos devido a relação pacientes e profissional da saúde, assim como demandas que o SUS não disponibiliza direcionam as pessoas para as assistentes sociais para acharmos a solução que nem sempre é possível.”(ENTREVISTADA 02)

Conforme evidenciado nas narrativas há demandas levadas pelos que são incompatíveis com a profissão e com o programa, no entanto, não afirmaram se há demandas incompatíveis vinda instituição para o setor. Considerou-se aqui, como demandas incompatíveis as requisições que em sua maioria demandam uma outra formação profissional e as de caráter técnico administrativo.

No sétimo eixo de investigação, a fim de conhecer a realidade do programa no município frente a incompletude dos serviços públicos, investigou-se a respeito da incompatibilidade entre demanda e programa. Diante dos questionamentos realizados e dos relatos dos participantes pode-se aqui adiantar, que o programa em razão de seus custos acaba não atendendo todas as necessidades dos assistidos.

“Penso que não atendemos a necessidades de todos, uma vez que as demandas são muitas e diversas, e os recursos são escassos. Mas, de acordo com o princípio da equidade, um dos princípios doutrinários do SUS, buscamos a garantia de acesso ao tratamento que nem sempre o meio é da forma adequada, repito: faltam recursos, mas em comum acordo com ambas as partes chegamos a um consenso” (ENTREVISTADA 01)

Considerando, pois, as colocações postas torna-se claro que muitas das necessidades dos usuários acabam não sendo assistidas, em razão do financiamento inadequado e insuficiente do programa, esta que é de total responsabilidade da gestão municipal, o TFD, infelizmente dispõe de poucas regulamentações o que corrobora com sua fragilidade.

Cabe ressaltar que os recursos para o financiamento do TFD intermunicipal, conforme prega a portaria 55/90, devem ser derivados do tesouro municipal e estar dentro da aplicação anual de ação e serviços públicos de saúde, em razão disto, o município não assegura o pagamento de ajuda de custo somente o transporte para o deslocamento.

Aqui, a entrevistada 02 salienta que essa incompatibilidade se dar em razão de que “o programa se encontra em fase de reorganização e regulamento a nível municipal” e que a legislação regulamentadora do programa se encontra ultrapassada e em certo “não dar respaldo para as demandas atuais” já que o município não firmou sua regulamentação própria.

Em sequência, analisou-se a respeito das principais dificuldades que impossibilitam o fazer profissional do assistente social frente as demandas do programa, nesta, as assistentes sociais relatam como principais:

“Escassez de recursos e pessoal. Por vezes não temos o controle da demanda (são agendamentos de última hora ou condições especiais para viagem de pacientes) e não dispomos de equipe de sobreaviso ou ambulância com suporte avançado. Poucos condutores que se disponibilizaram.” (ENTREVISTA 01)

“Os transportes equipados com motoristas capacitados e também disponíveis, pois algumas demandas aparecem como demanda urgente. Uma casa de apoio específica para os pacientes TFD de Barbalha.” (ENTREVISTADA 02)

A escassez de recursos financeiros torna-se um desafio que impacta o fazer profissional do assistente social não somente no programa tratamento fora de domicílio mais em política pública de saúde, pois este fato, em certo, leva os serviços de saúde a serem marcados por ações pontuais e descontinuadas, implicando assim, na intervenção do serviço social.

As demandas imediatistas, no caso do TFD, os agendamentos comunicados de última hora e os casos de emergência também dificulta o trabalho dos

profissionais do serviço social no programa, pois sua intervenção neste espaço depende logicamente de outros sujeitos e setores, no entanto, são nesses casos em que mais se precisa da intervenção do assistente social, pois ele quem mobilizará e articulará toda rede para o atendimento da demanda e assistência do paciente.

Como evidenciado nas falas dos participantes da pesquisa, o município não dispõe de equipe capacitada de sobreaviso e de transporte totalmente adequado para os deslocamentos dos pacientes de última hora, conta apenas com a frota de veículos do Transporte Sanitário Eletivo que é legalmente destinado para viagens programadas e previamente agendada para pacientes que não apresentam risco de vida e com passagens em ônibus rodoviários.

Considerando o momento pandêmico único e desafiador na qual a sociedade vivencia, investigou-se também as implicações deste contexto no trabalho do assistente social, uma vez que, o momento preconiza a incorporação de novas metodologias e estratégias de trabalho, analisando-se também essas implicações dentro do TFD.

Esta nova conjuntura, mais do que nunca carece da atuação do assistente social que amparado pelo projeto ético-político da profissão fortalecerá sua luta pela defesa da universalização do acesso a política pública de saúde e demais políticas sociais, contribuindo assim para uma sociedade justa e igualitária.

Em razão da pandemia, o cenário brasileiro e todas as políticas públicas passaram por alterações para adaptar-se ao momento, os serviços de saúde e suas rotinas foram alteradas. Considerando o risco do novo CORONAVIRUS e objetivando a redução dos casos e saúde do paciente, modificou-se a dinâmica do TFD, os acompanhamentos e tratamentos considerados eletivos foram suspensos ou reagendados, sendo autorizado somente os casos em que o tratamento não pode ser interrompido ou pausado.

“[...] nesse sentido cuidamos para que seus acompanhamentos não sejam interrompidos, negociando a melhor forma de assisti-los com segurança e apoio que necessitam junto a gestão municipal e aos locais de tratamento.” (ENTREVISTADA 01)

Deste modo, o assistente social atua como elo mediador entre o paciente, gestão municipal e órgão de destino, para garantir a continuidade do acompanhamento do usuário, e assim a efetividade do direito à saúde. No que diz

respeito as alterações na rotina de trabalho os profissionais nada relataram acerca das alterações.

Por fim, investigou-se se há reconhecimento por parte da instituição e dos usuários acerca do trabalho dos assistentes sociais dentro do programa tratamento fora de domicílio. De acordo com os relatos das entrevistadas o reconhecimento vem mais dos usuários, estes, que cotidianamente sempre demonstram gratidão aos profissionais.

Diante da realidade pesquisada, observou-se que o serviço social no TFD do município de Barbalha é peça fundamental para a concessão do programa, este, configura-se como o principal setor responsável pelo deslocamento dos pacientes e acompanhamento do mesmo até a alta definitiva do tratamento/acompanhamento, assim como, pela articulação entre o usuário e órgão de destino e contatação de casas de apoio para pacientes que necessitem pernoitar ou passar mais dias na cidade do órgão de destino.

Conclui-se então, que o serviço social com seu caráter sócio-político, crítico e interventivo quando inserido na política da saúde e essencialmente dentro do programa Tratamento Fora de Domicílio tem incumbência principal a garantir a efetividade do direito à saúde e mais precisamente no TFD, o assistente social por meio de sua atuação voltada ao acolhimento dos assistidos, escuta qualificada e orientações sociais busca essencialmente garantir o direito do assistido ao acesso ao programa e a todos os direitos social destinados aos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a reconceituação do serviço social, a profissão passa a ter um novo significado social, rompe definitivamente com suas bases conservadoras e coloca-se a serviço da classe trabalhadora, legitimando-se a partir das contradições visivelmente expressa na sociedade e inserindo-se formalmente na divisão societécnica do trabalho para assim atuar legalmente na implementação e execução das políticas públicas brasileiras.

Nesta senda, a atuação profissional do assistente social em qualquer espaço sócio-ocupacional conforme prega o projeto profissional do serviço social, volta-se essencialmente para a defesa dos direitos, interesses e necessidades da classe

trabalhadora, e simultaneamente para o rebatimento e enfrentamento das manifestações da questão social na vida dos sujeitos, estas que por vez, decorrem da ofensiva neoliberal que preconiza a redução dos direitos sociais e a precarização dos serviços públicos.

Inseridos em todas as políticas sociais e tendo em vista o reconhecimento da profissão, o campo da saúde pública em razão da sua diversidade de equipamentos, serviços e programas ofertados configura-se hoje como uma das instâncias que mais empregam o assistente social, e que em certo mais necessita da intervenção profissional do mesmo, visto que, nesta política manifestam-se demasiadas desigualdades e limitações.

Assim, o assistente social quando inserido na saúde alinhando ao Projeto de Reforma Sanitária e ciente de suas atribuições e competências, tem como incumbência em seu exercício profissional o compromisso com a efetividade e garantia do direito universal a saúde, o acesso humanizado aos serviços e a defesa por Sistema Único de Saúde eficaz.

No Programa Tratamento Fora Domicílio, um dos espaços sócio-ocupacional do serviço social, o assistente social atua como elo nas relações entre Estado e Sociedade Civil a fim de garantir a efetividade do programa e condições dignas para o seu funcionamento, dialogando para que haja transporte adequado que não coloque em risco a vida dos usuários, estadia para pernoite dos que precisam permanecer na cidade de destino por mais de um dia, garantia do atendimento no dia e horário agendados e a garantia dos direitos sociais essencialmente dos previdenciários e assistenciais dos pacientes.

O assistente social proporciona aos usuários do TFD o acolhimento e a escuta diferenciada, estes que são essenciais para intervenções profissionais e mudança da realidade do próprio paciente, além de socializar informações pertinentes aos mesmos.

Destarte, a realização desta pesquisa possibilitou novos conhecimentos e clareza a respeito do tema pesquisado, esta, evidenciou a importância do serviço social na política da saúde e na defesa do Sistema Único de Saúde brasileiro através da inserção dos assistentes sociais nos serviços, programa e projetos da saúde.

Deste modo, torna-se possível afirmar que o serviço social com seu viés crítico e reflexivo é peça fundamental na efetividade do direito à saúde e de todos os

direitos sociais voltados a classe trabalhadora. Diante de seu compromisso ético-político, de suas atribuições e frente a negação dos direitos sociais e a precarização dos serviços, o assistente social, procura a eficácia e garantia do Tratamento Fora de Domicílio e de toda política pública, o que demonstra mais uma vez a importância desse profissional na rede pública de saúde.

O desenvolvimento deste estudo evidenciou que a temática serviço social no âmbito do TFD configura-se como nova, visto que, registra-se uma carência de publicações acerca de tal realidade; nesse sentido, torna-se primordial que a sociedade e todo o poder público tomem consciência da importância do serviço social nesta instância, considerando este fato, esta pesquisa pode ser considerada como uma forma de socialização de informações quanto a atuação do assistente social no TFD.

REFERÊNCIAS

ABC DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/JABC.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2020.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva; **O DILEMA PREVENTIVISTA:** Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197f. Tese (doutorado) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf> Acesso em 15 de março de 2020.

BARROCO, M.L.S. **Ética e serviço social:** fundamentos ontológicos. 2. ed. São Paulo. Cortez. 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-reforma:** desestruturação do estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde, Brasília. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB- SUS- 96.** Disponível na Internet: www.portal.saude.gov.br. Acesso em 03 de março de 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Fisco e Contribuinte, 1988.

BRASIL. **Lei no 8.080/90.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Lei no 8.142/90.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº55, de 24 de fevereiro de 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

BRAVO, Maria Inês e SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional**. In: Ser Social – Revista do Programa de Pós-graduação em política Social (10). Brasília: UnB, 2002.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf. Acesso em 02 de março de 2020.

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: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf Acesso em: 16/02/2020.

BRAVO; Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. 2001. CEAP. **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Disponível em: <https://rest.formacontrolesocial.org.br/materials/cartilha-ceap.pdf>, São Luiz,. 2017 Acesso em 14 de janeiro de 2020.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília.2010.

CFESS. **CFESS Manifesta: os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social**. Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020CfessManifestaEdEspecialCoronavirus.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

CFESS. **Código de Ética do Assistente Social e Lei 8.662/93 (10ª edição, revista e atualizada)**. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 14/02/2020

CFESS. **Manifesta. Serviço Social na Saúde**. Em defesa da reforma Sanitária e do Projeto Ético-político do Serviço Social na Saúde. Brasília, 8 de junho de 2009.

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.p df](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf) . Acesso em: 10/02/2020.

CNAS. **Recursos financeiros no Sistema Único de Saúde**. Brasília. 2014.

CONASEMS E CNAS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília. 2018.

CONASEMS. **Regionalização da saúde, posicionamento e orientações**. Brasília.2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de regulamentação da profissão** — Lei nº 8.662/9. Disponível em: . Acesso em: 25 de março de 2020.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência na sociedade brasileira**. Cortez.

CRESS 11ª Região. Orientação da COFI PR sobre o exercício profissional de assistentes sociais diante da pandemia do novo coronavírus – COVID-19. Curitiba:

CRESS-11ª **Região, 2020**. Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/site/wp-content/uploads/2020/03/CRESS-PR-Orientasobre-Covid-19.pdf> . Acesso em: 01/04/2020.

CRESS 17ª Região. **Manifestação de apoio e de valorização do Serviço Social em tempo de pandemia**. Vitória: CRESS-17ª Região, 2020. Disponível em: <http://www.cresses.org.br/manifestacao-de-apoio-e-de-valorizacao-do-servico-social-em-tempo-de-pandemia/> . Acesso em: 02 de março de 2020.

CRESS 7ª Região. **Nota sobre o trabalho de assistentes sociais em função da pandemia da COVID19**. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, 2020. Disponível em: <https://www.facebook.com/cress.riodejaneiro/photos/a.151422738351588/1450829731744209/?type=3&theater> . Acesso em: 01 de abril de 2020.

CRESS 9ª Região. **Orientação do CRESS-SP para assistentes sociais sobre o exercício profissional diante da pandemia do coronavírus COVID-19**. São Paulo: CRESS 9ª Região, 2020. Disponível em: <http://cress-sp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ORIENTACOES-CRESSSP-COVID-19.pdf> Acesso em: 01 de abril de 2020.

CUNHA. João Paulo Pinto da & CUNHA, Rosani Evangelista da. **Sistema Único de Saúde: Princípios**. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/texto-sistema-unico-de-saude-principios.pdf>. Acesso em 03/01/2020.

FÁVERO, Eunice **Teresinha. Instruções sociais de processos, sentenças e decisões.** Disponível em <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/8W95x91Vh0eXhsCK46ge.pdf>. Acesso em 18 de abril de 2020.

FERNANDES, Silvio Darley Pereira. **Tratamento fora de domicílio no quarto e sétimo centros regionais de saúde do Estado do Pará:** informações úteis para o planejamento da gestão do trabalho no SUS. Disponível em <http://siaibib01.univali.br/pdf/Silvio%20Darley%20Pereira%20Fernandes.pdf>. Acesso em 25 de abril de 2020.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002.

IAMAMOTO, Marilda V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) assistente social na atualidade. In: CFESS. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão.** 1. ed. ampliada. Brasília: CFESS, 2012. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf> . Acesso em: 28 de março de 2020.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 33 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo,** 2004. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acesso em 12 de maio de 2020.

JUNQUEIRA, 2004, Apud NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In

MOTTA, A.E., et al. (Orgs.). **Serviço social e saúde.** 2. ed. São Paulo: OMS, 2007. Disponível em http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf, acessado em 15 de março 2020.

KRUGER, T.R. **O projeto ético-político nos trabalhos do Serviço Social da saúde: um debate a meio caminho,** Florianópolis, 2006.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990.** Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Disponível em <http://portalteses.icict.fiocruz.br>. Acesso em 18 de março de 2020

MARIANO Cynara. **Monteiro Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre.** Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56392017000100259&script=sci_arttext. Acesso em 03 de março de 2020.

MARIANO, Cynara. **Monteiro. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre.** Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2359-56392017000100259&script=sci_arttext. Acesso em 19 de fevereiro de 2020.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo. Veras, 1999.

MARTINS, André Amorim. **A integralidade nas políticas de saúde brasileira.** Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/63.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2020.

MATOS. Maurílio Castro de. **A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde,** 2020.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social ética e saúde.** São Paulo: Cortez, 2013.

MESQUITA FILHO. **Políticas de Saúde no Brasil: 1900 – 1945.** Evolução da Saúde Pública. Disponível em www.mesquita.filho.sites.uol.com.br. Acesso em 12 de março de 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; et al. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Petrópolis. 23a ed. Editora Vozes, 2004.

MORAES, Vinicius Costa. **Tratamento Fora do Domicílio (TFD): Uma Viagem em Busca de Saúde.** Disponível em: <http://www.departamentoadm.unir.br/uploads/89898989/Vinicius%20-%20Tratamento%20Fora%20do%20Domicilio%20-%20TFD%20Uma%20Viagem%20em%20Busca%20de%20Saude.pdf>. Acesso em 05 de maio de 2020.

MOTA, Ana Elizabete ET al. (Orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo, Cortez/Opas/OMS/Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Seminario-ead-juliana.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2020.

NAPP SAÚDE. Balanço 100 dias da saúde no governo Bolsonaro. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/wp-content/uploads/2019/04/napp-saude-100-dias.pdf>. Acesso em 19 de abril de 2020.

NETTO, José Paulo. Ditadura e Serviço Social - **Uma análise do Serviço Social no Brasil pós64.** 3. ed. São Paulo. Cortez. 1996.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In MOTTA, A.E., et al. (Orgs.) Serviço social e saúde. 2. ed. São Paulo: OMS, 2007. Disponível em

http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf, acessado em 15 de maio de 2020.

PEREIRA, Potyara A. P. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** In: BOSCHETTI, Ivanete e BEHRING, Elaine (org.). *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas.* São Paulo: Cortez, 2008.

PIERDONÁ Zélia Luiza. **A proteção social na constituição de 1988.** Disponível em: <http://www.bdr.sintese.com/AnexosPDF/RDS%2028%20-%20Doutrina%20Direito%20Social.pdf>. Acesso em 03 de fevereiro de 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das Políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso em 16 de janeiro de 2020.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes.** São Paulo: Brasiliense, 1984.

SILVA, Heliana Marinho Da. **A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS.** Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 05 de maio de 2020.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo. Cortez. 2002.

VIEIRA, Anaclaudia Dia e NOGUEIRA, Maria Aparecida Nery Da Silva. **O programa de tratamento fora de domicílio - TFD e os desafios para o acesso pelos usuários do SUS numa perspectiva de direito.** Disponível em: <http://www.imip.org.br/congresso/servicosocial/2017/wp-content/uploads/2020/02/Anais-do-III-Congresso-de-Servi%C3%A7o-Social-do-IMIPVI-Jornada-de-Servi%C3%A7o-Social-do-IMIP.pdf#page=76>. Acesso em 22 de fevereiro de 2020.

-
-

ANEXOS

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Departamento de Serviço Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Somos pesquisadores do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio e, estamos realizando uma pesquisa sobre o Serviço Social no âmbito da política da saúde, com foco na atuação do assistente social no Programa Tratamento Fora de Domicílio, cujo objetivo é compreender esta atuação, bem como ampliar as discussões sobre o tema em estudo e expender particularidades do fazer profissional do assistente social no Programa Tratamento Fora de Domicílio no município de Barbalha-C. Sua participação na presente pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas. Caso decida não participar do estudo na condição supracitada, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Solicitamos sua colaboração no sentido de responder as perguntas desta entrevista com total veracidade, bem como sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicá-los em revista científica. Por ocasião da publicação dos dados, seu nome será mantido em sigilo, respeitando a sua integridade física e moral. O/A aluno (a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa, bem como o Professor (a) orientador (a). Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para a publicação dos resultados.

Juazeiro do Norte – CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa

Jamille de Lima Vieira
Orientador e responsável pela pesquisa

Maria do Socorro Vieira da Silva
Aluno (a) responsável pela pesquisa

Centro Universitário Dr. Leão Sampaio
Departamento de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Juazeiro do Norte – CE, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante da pesquisa

Jamille de Lima Vieira
Orientador e responsável pela pesquisa

Maria do Socorro Vieira da Silva
Aluna e responsável pela pesquisa

APÊNDICES



CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: O FAZER PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistado/a:

Formação profissional:

Telefone:

E-mail

Local da entrevista:

Data da entrevista:

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Quais as competências e atribuições do assistente social no programa tratamento fora de domicílio?

Qual a importância do assistente social no programa tratamento fora de domicílio?

Quais os principais instrumentos de trabalho que possibilitam o fazer profissional do assistente social neste programa?

Quais as estratégias adotadas para manter a qualidade no atendimento e o posicionamento ético-político da profissão frente as demandas do programa?

Há requisições incompatíveis com a profissão? Como a equipe faz para lidar com essas requisições?

Quando acontece o primeiro contato do assistente social com o assistido do programa?

O programa é realmente compatível com as demandas? Atende todas as necessidades dos usuários?

Quais as principais dificuldades que impossibilita o fazer profissional do assistente social frente as demandas do programa?

Como o contexto pandêmico implica no trabalho do assistente social e no programa tratamento fora de domicílio?

Há um reconhecimento por parte da instituição e dos usuários acerca do trabalho do assistente social dentro do programa tratamento fora de domicílio?