

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

CINTIA MARA DE OLIVEIRA

**TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO DOMICILIO: UMA ANÁLISE DOS
SERVIÇOS PRESTADOS PELO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE BARBALHA - CE**

**JUAZEIRO DO NORTE – CE
2022**

CINTIA MARA DE OLIVEIRA

TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO DOMICILIO: UMA ANÁLISE DOS SERVIÇOS
PRESTADOS PELO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BARBALHA - CE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora, como exigência para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, sob a orientação da Professora Jamille de Lima Vieira.

JUAZEIRO DO NORTE – CE
2022

CINTIA MARA DE OLIVEIRA

TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO DOMICILIO: UMA ANÁLISE DOS SERVIÇOS
PRESTADOS PELO SERVIÇO SOCIAL NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BARBALHA- CE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Banca Examinadora, como exigência para a
obtenção de Título de Bacharel em Serviço
Social pelo Centro Universitário Dr. Leão
Sampaio, sob a orientação da Professora Esp.
Jamille de Lima Vieira

Aprovada em 06/12/2022.

BANCA EXAMINADORA:

Esp. Jamille de Lima Vieira (Orientadora)

Orientador (a)

Prof. Márcia de Sousa Figueiredo

(Examinador 1)

Prof. Cecília Bezerra Leite

(Examinador 2)

Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso ou pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos e desistem deles.

Augusto

Dedico este trabalho a Deus, que sempre me guiou e me deu o dom da vida, sem ele nada seria possível. Aos meus pais Maria Aparecida e Francisco De Assis, pela vida e criação, e ao meu Filho Pietro minha maior benção em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao meu criador pelo dom da vida, e as suas perfeições escritas em linhas, aos meus sonhos e planos para que eu possa realizar guiando-me num caminho a ser seguido, és minha maior fonte de inspiração, aquele que me dá forças para ir além do impossível em busca de meus sonhos, que sonhar é possível quando se tem coragem e fé de lutar por ele, mesmo que seja longe a caminhada, pra ele tudo é possível. Obrigado senhor pela força que me deposita em meu ser, para que pudesse chegar até aqui, por essa realização e principalmente essa conquista em minha vida.

A minha família a qual me concedeu, Pai, Mãe, irmãos e sobrinhos, e principalmente pelo meu filho, em especial a minha mãe que sempre me ajudou a chega até aqui, mesmo com tantas dificuldades encontradas no caminho, mas ela nunca desistiu, é para ela essa conquista, aquela que sempre andou comigo, e vivenciou tudo isso de perto, aos esforços para que hoje pudesse estar aqui, pelo apoio e pela esperança de me ver formada.

Em especial, ao meu sogro Rildo por sempre cuidar do meu filho durante estes momentos que precisei estudar, desde dos 3 meses de nascimento do Pietro, aquele que sempre está comigo nesses momentos de luta, que cuida do meu filho com carinho, por toda paciência com ele, sempre dando apoio quando eu precisei.

A minha amiga e comadre Vanuza por sempre acreditar nas minhas vitórias, e por me aconselha quando o choro e o cansaço batiam na porta do meu coração, por muitas vezes me ajuda nos momentos que mais precise. Muito obrigada!

Aos que souberam compreender minhas ausências durante minha caminhada. Quero agradecer também aos amigos presentes, pelo apoio e carinho que me deram, meus mais sinceros agradecimentos em especial não vou cita por que são muitos.

As minhas amigas do coração, presentes que o Serviço Social me proporcionou Monize, Sheila, Marlete, Aniclene, essas quero levar para sempre comigo, pelos momentos divertidos que se tornaram inesquecíveis, como foi bom conhecer vocês.

Aos professores que passaram pela minha vida acadêmica, pois me possibilitaram o saber meus agradecimentos, prometo que colocarei em prática todo meu aprendizado e na qualidade de Assistente Social lutarei para levar luz aos lugares mais sombrios na sociedade.

A minha banca examinadora Marcia de Sousa Figueiredo e Cecília Bezerra Leite.

Toda gratidão a minha orientadora Jamille Vieira por toda paciência e compreensão durante este semestre, uma pessoa incrível, capacitada e excelente profissional que a pesar de não conhecer pessoalmente me sustentou até os últimos momentos de orientação, a minha

técnica de estágio Sarah Rachel por todo o aprendizado nos estágios supervisionados, pela paciência, pela dedicação e por sempre proporcionar momentos especiais, contributivos para a minha formação acadêmica, por ser essa profissional comprometida com a profissão. Muito obrigada!

As minhas amigas Assistentes sociais a qual pude vivenciar e aprender junto com elas ainda nos estágios, Ana Paula, Jéssica e Leilda. Obrigada meninas por todos os ensinamentos e principalmente pela amizade.

Agradecer ao meu esposo por toda a força e cumplicidade, principalmente pelo apoio, durante estes anos.

E por fim, Minha gratidão sempre à Deus pelas oportunidades vivenciadas as quais foram oferecidas durante toda a minha vida, pelas pessoas que colocou em meu caminho, pelo aprendizado construído diariamente, pelas alegrias, tropeços, pelas aprovações, por todos os sacrifícios, mais foi justo isso que me fizeram parar, olhar para a frente e continuar a caminhada, a final nada e por acaso. Hoje percebo que cada esforço realizado me torna mais forte para continuar, que sempre haverá obstáculos em tudo, e mesmo assim tudo é fruto de uma grande recompensa, essa emoção de dever cumprido, enche meus olhos de felicidades que eu superei algumas coisas, mas venci, é Missão concluída! E a todas as pessoas que torceram por mim, não há palavras que possa expressar meus sentimentos, somente minha gratidão a todos.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Atendimentos consumados no TFD de Barbalha – CE no período de 2013 a 2019	31
Gráfico 2	Número de passagens do TFD de Barbalha - CE (janeiro – julho de 2019)	32
Gráfico 3	Perfil econômico dos usuários do TFD de Barbalha - CE do ano de 2019	33
Gráfico 4	Perfil de escolaridade dos usuários do TFD de Barbalha – CE, 2019	34
Gráfico 5	Perfil de gênero dos usuários do TFD de Barbalha – Ce, 2019	35

RESUMO

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, é um programa que visa o acesso de pacientes ao atendimento as suas necessidades em caso do seu município de origem não ter as condições e nem os serviços para atender a tais necessidades. Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo analisar os desafios dos Assistentes Sociais no TFD e na contribuição para um atendimento acolhedor e humanizado, assim como descrever a população usuária do programa e explicar qual a importância e os benefícios que TFD oferece aos usuários. Para tanto foi realizado uma pesquisa bibliográfica, documental, qualitativa, cujo objetivo foi exploratório. Os resultados mostraram que a população amostra do TFD do município de Barbalha-CE, no período que compreende o ano de 2019, são em sua maioria famílias de baixa renda e de escolaridade de ensino fundamental incompleto ou completo, além disso a demanda da população é crescente e alguns casos de pacientes que estavam desde o ano de 2013 foram atendidos apenas em maio de 2019. O assistente social é um profissional que busca a efetivação dos direitos da população, principalmente da grande parcela da população carente e atua no enfrentamento das desigualdades sociais, assim há diversos desafios na área de saúde, especificamente no TFD, para que os direitos constitucionais desta população sejam garantidos e efetivados.

Palavras-Chave: Saúde; Assistente Social; Qualidade de vida.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPITULO I- BREVE CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DE SAÚDE	12
1.1 RESGATE DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	12
1.2 GESTÃO DO TRABALHO NO SUS	15
1.3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE	17
CAPITULO II- TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO DOMICÍLIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	21
2.1 OS DESAFIOS ENCONTRADOS PELO ASSISTENTE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO TFD	21
2.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSÃO NO CAMPO DA SAÚDE	25
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
3.1 LOCAL DA PESQUISA	29
3.2 MÉTODOS UTILIZADOS NA PESQUISA.....	29
3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
3.3.1 ESTUDO REALIZADO DO PROGRAMA DE TRATAMENT FORA DE DOMICILIO – TFD	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

INTRODUÇÃO

O programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, é uma política pública em saúde destinada a pacientes que não encontram em seu município de origem o tratamento necessário e adequado para o atendimento do seu tipo de problema. Desta forma, o TFD se configura como uma forma de garantir o acesso a saúde e melhor qualidade de vida, respeitando os direitos sociais dos usuários que estão amparados pela Constituição de 1988, responsável por universalizar e democratizar a saúde, torando-a dever do Estado e direito do cidadão.

O interesse pelo estudo surgiu a partir dos estágios Supervisionados I e II no ano de 2018, realizados na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Barbalha. A partir dos acompanhamentos de forma direta no desenvolvimento do trabalho do assistente social nesse lócus, um espaço de trocas de experiências com vista a intervir na realidade dos acompanhantes, os quais arcam com os cuidados dos enfermos que acabam com uma alta carga de responsabilidade, cansaço e problemas emocionais.

A falta de informação e de conhecimento aos direitos sociais da população, ainda é muito precária, e de certa forma, o trabalho do assistente social nesses campos de atuação é de suma importância, visto que, esse programa busca atender algumas necessidades básicas de pacientes de alta e baixa complexidade, que realizam o tratamento fora do município onde residem. Cabe destacar, que o índice de demandas para realização do tratamento cresce semanalmente, e os pacientes devem procurar o setor do serviço social para dar entrada ao tratamento TFD, na garantia de melhores condições de saúde e de vida. No entanto, a maioria dos pacientes ficam à mercê de filas enormes, por não serem conhecedores desses direitos.

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo geral: analisar os desafios dos Assistentes Sociais no Programa de Tratamento Fora Do Domicílio, na contribuição para um atendimento acolhedor e humanizado. E os objetivos específicos se voltam para descrever a população usuária do FTD da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Barbalha, por faixa etária, sexualidade e escolaridade; explicar qual a importância e os benefícios que o Tratamento Fora do Domicílio oferece para a qualidade de vida dos usuários e compreender a atuação do Assistente Social, sua importância profissional perante os pacientes do TFD.

É discutido no primeiro capítulo deste estudo, a saúde como um direito constitucional, o seu financiamento e a sua gestão. Para tanto, faz-se um breve apanhado histórico, explicando sobre a questão da saúde no Brasil antes e após a Constituição de 1988, esclarecendo sobre as evoluções e progressos do Sistema Único de Saúde (SUS), para a garantia da universalização,

atendimento e qualidade e direito a saúde. Além disso, é abordado sobre a gestão e o financiamento do SUS, amparando-se em leis e diretrizes referentes ao tema.

O segundo capítulo aborda sobre o TFD e o trabalho do assistente social neste programa. É elucidado sobre o que é e para quem é destinado o TFD, como funciona tal programa, o papel do assistente social para a promoção da garantia de direito aos pacientes que necessitam do TFD, os desafios mais recorrentes encontrados tanto pelos usuários como também pelo assistente social em seu trabalho dentro deste programa e os seus limites quanto a resolução do que pode ser feito para solucionar tais problemas. Traz ainda uma breve discussão sobre a importância e necessidade da atuação do assistente social no SUS.

O terceiro capítulo, trata-se da metodologia e dos resultados. Abordando os tipos de pesquisa, como foi realizada, quais os instrumentos e lócus dessa pesquisa. Na sequência, é discutido sobre os resultados da pesquisa documental, expressando os resultados por meios de gráficos e falas de autores que abordam sobre o assunto em pauta.

CAPITULO I - BREVE CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DE SAÚDE

No Brasil colônia a saúde não era uma preocupação, por que cada indivíduo era responsável por si próprio. Sendo assim, a atenção a saúde limitava -se aos próprios recursos das plantas, ervas e aqueles que por conhecimento de curandeiros, que viajavam mundo a fora os quais desenvolviam as suas habilidades na arte de curar. Nesse sentido, a escassez de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era considerável, já que a população baseava- se em conhecimento empírico, costumes culturais e crenças religiosas.

1.1 RESGATE DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A saúde constitui-se como um direito básico humano, pois não há como haver qualidade de vida e nem sobrevivência sem tratamentos e cuidados essenciais e necessários para as diversas doenças e acidentes que podem acometer o indivíduo. Porém, saúde não se trata apenas de prevenção e tratamento de doenças, “saúde não é somente não estar doente. Em nosso dia a dia falamos de saúde como bem-estar, até mesmo como ‘felicidade’” (LOBATO, 2012, p. 08).

É possível afirmar que a saúde está relacionada a diversas situações, como segurança, ambiente saudável, alimentação, lazer, prazer, equilíbrio emocional (quando o indivíduo não se sente ansioso, estressado, com baixa autoestima, depressivo, etc.), e como frisa Lobato (2012), na maior parte das vezes este estado de saúde não depende apenas do indivíduo, para que ele tenha bem-estar é necessário que o Estado possa garantir e proporcionar este bem-estar através de medidas, políticas e estratégias que visem a garantia deste direito.

As políticas sociais, são formas de assegurar a igualdade em direitos básicos que são negados a muitos indivíduos pela desigualdade social, advinda do processo capitalista em que poucos obtêm a maior parte da renda gerada na sociedade e muito ainda passa por necessidades, vivendo um estado de vulnerabilidade social. Essas políticas visam o bem-estar geral e são destinadas principalmente a esta última classe que sobrevive com pouca renda.

No Brasil Império e na República Velha a Saúde não era uma responsabilidade do Estado. Houve muitas reivindicações e pressões populares, desde a década de 1930, no período da Era Vargas, passando pelo período militar e seguindo até a década de 1980. Esses movimentos de Reformas Sanitárias no Brasil ajudaram a reformular a saúde que antes estava desassociada das questões sociais e só tinha acesso quem contribuía com a previdência, deixando uma grande parte da população à mercê de filantropias (BRASIL, 2000).

Neste sentido, a saúde como um direito universal e básico do cidadão foi uma grande conquista, pois “antes de 1988, o atendimento dos hospitais públicos estava restrito a 30 milhões de brasileiros. Com a Constituição de 1988, mais de 70 milhões de pessoas passaram a ter direito ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011, p.8).

Com a Constituição de 1988 o Estado passou a ter o dever de garantir os direitos básicos do cidadão. A saúde como parte desses direitos passou a ser um dever do Estado, sendo de responsabilidade dela oferecer atendimento à toda população de forma gratuita e de qualidade. No que diz respeito ao modelo de proteção social, “a Constituição Federal de 1988 é a mais progressista, e nela a Saúde, juntamente com a Assistência Social e a Previdência Social integra a Seguridade Social” (BRAVO *et al.*, 2006, p. 33).

As mudanças ocorridas com a Constituição de 88 foram um grande avanço, não apenas por tornar a saúde acessível para todos, mas por possibilitar e regulamentar o investimento na área, abrangendo-a e somando-a a diversos valores e campos de atuação, como a ciência, meio ambiente, nutrição, equidade, segurança, educação, sexualidade, tecnologia, inclusão, justiça social, ética, pesquisa, vigilância, etc.

De acordo com a Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Com a Constituição Federal de 88, ficou determinado o Sistema Único de Saúde (SUS), desta forma o Estado passou a ter uma maior responsabilidade na proteção do cidadão assim como também uma intervenção mais abrangente. Com o surgimento SUS criado a partir da nova constituição, foi possível promover e garantir o acesso à saúde, tendo como princípios a gratuidade, a universalidade, o atendimento integral, descentralização, participação da comunidade e integridade da assistência (BRASIL,1988).

Neste sentido, o desafio se voltou para a forma de alcançar e abranger toda a população, de modo que todos tenham acesso a este direito, bem como a regulamentação dos serviços, as bases de funcionamento do SUS e a participação da sociedade. Desta forma, em setembro de 1990 foi promulgada a Lei n.º 8.080 que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, defendendo “a participação e o controle social, garantidos nas conferências nacionais e com a atuação dos Conselhos de Saúde. A responsabilidade pela gestão da saúde é pactuada nas esferas do governo – federal, estadual e municipal” (BRASIL, 2011, p. 22).

No ano de 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que possibilitou um contato mais direto com as famílias e as suas realidades, seus hábitos e possíveis riscos de vida, fazendo com que os serviços de saúde fossem ofertados a essas pessoas de modo a atender as suas necessidades. “Tratou-se de uma das primeiras estratégias para se começar a mudar o modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como os serviços de saúde está organizada e como a população tem acesso a esses serviços” (BRASIL, 2000 p. 31).

O PACS tem suas ações executadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, dentre as suas funções estão: realizar visitas domiciliares; orientar as famílias sobre prevenções de doenças, sobre o uso adequado dos serviços de saúde, métodos de planejamento familiar, cuidados em situações endêmicas; acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças; promover ações educacionais e de cidadania na área da saúde e fazer um mapeamento da comunidade para desenvolver a sua atuação e intervenção naquele local.

A Saúde no Brasil, até chegar aos dias atuais teve outros momentos de igual relevância para sua consolidação, tais conquistas e mudanças, destacam-se: A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Regulamentação do setor privado de saúde, no ano 2000; a regionalização e a assistência de saúde definidas através da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002); em 2003 tivemos a Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); em 2004 importantes avanços com a criação dos programas “Brasil Sorridente”, “Farmácia Popular do Brasil”, a criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia e as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher; tivemos campanhas de conscientização e orientação do abuso do álcool em 2007 e da saúde do homem e Influenza H1N1 em 2009 (BRASIL, 2011).

Em 2010 criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena, visando atender a este público e suas necessidades. Houve ainda a criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Já em 2011, foi regulamentada a Lei n.º 8.080, de 19/9/1990 (Estratégia Rede Cegonha), que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste mesmo ano, houve a criação do Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o programa “Saúde Não Tem Preço” e a regulamentação do Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS), “foi o resultado de um longo processo social que visava mudar a forma como o Brasil garantia a atenção à saúde de seus cidadãos” (LOBATO, 2012, p. 33). Pode-se afirmar então, que se obteve um grande avanço em relação aos direitos sociais e básicos, bem como a criação de inúmeros programas que se objetivam por melhorar a

qualidade da saúde ofertada pela Estado, porém, ainda há diversos problemas e desafios a serem enfrentados para a plena garantia desses direitos e para uma melhor qualidade de vida.

1.2 GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

O SUS é um sistema que garante a todos os cidadãos o acesso a saúde de forma universal, gratuita e de acesso integral (BRASIL, 2006). Desta forma, compreende-se que cada município brasileiro, mesmo que não possua todos os serviços, devem oferecer acesso a saúde tornando este direito acessível e democrático, para tanto, é necessário lidar com os diversos conflitos que envolve o vasto território brasileiro, sejam diversidades geográficas, culturais, político-sociais, e até mesmo necessidades que são mais específicas em uma dada região. Neste sentido, é necessário frisar o quanto se faz fundamental e importante o trabalho de gestão no SUS.

Faz-se necessário, antes de analisar o trabalho do gestor no SUS, que se possa compreender o que significa “gestão” e o que abrange esta palavra. Entende-se por gestão, o ato de administrar, no modo mais abrangente da palavra, gestão envolve todos aqueles que de forma direta ou indireta estão envolvidos com o SUS (GIL; LUIZ; GIL, 2016). Assim, entende-se que de alguma forma todos os que fazem parte deste sistema e/ou usufruí dele, tem responsabilidade para seu bom funcionamento, porém, no presente estudo, a palavra gestão será abordada de um modo mais restrito, no sentido de responsabilidade administrativa.

Tratando-se de trabalho administrativo, é possível afirmar e destacar que “o gestor e a equipe gestora do SUS, são os responsáveis diretos pela direção e coordenação, propriamente dita, do sistema” (GIL; LUIZ; GIL, 2016, p. 11). Este trabalho de gestão é essencial para a organização e gerenciamento dos trabalhos a serem ofertados e desenvolvidos em cada região, de modo que possa atender as demandas referentes ao trabalho, que possa dialogar com a comunidade e elaborar estratégias para avançar na estabilização e fortalecimento do SUS.

De acordo com a Política Nacional de Humanização e a gestão no SUS pode-se conceituar a gestão em saúde como:

[...] a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, definindo os termos articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/ metas/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores (BRASIL, 2009, p. 10).

Este trabalho dos gestores é de grande responsabilidade e bastante abrangente, envolvendo diversas tarefas e funções. Os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), define as atribuições e responsabilidades desses gestores municipais, estaduais e federais em relação aos seus trabalhos no sistema.

É de responsabilidade geral do gestor em saúde, realizar um diagnóstico da sua área de atuação e traçar um quadro de necessidades dos trabalhadores. Bem como, implementar o Plano de Saúde, contratar profissionais em função da necessidade de serviços em saúde através da elaboração de concursos públicos, negociar contratos com prestadores de serviços e a inclusão de convênios para facilitar e melhorar a qualidade de serviços, através da implementação das novas tecnologias e equipamentos (BRASIL, 2005).

Além das responsabilidades gerais, os gestores também têm responsabilidades específicas a sua esfera de atuação (esfera do governo), seja ela municipal, federal ou estadual. Os gestores municipais, em suas especificidades, têm a função de “elaborar, anualmente, e implementar junto aos dirigentes de órgãos da estrutura gestora do SUS municipal e com gerentes de serviços de saúde, um Programa Institucional Municipal de Educação Permanente para os trabalhadores” (BRASIL, 2005, p. 41).

Aos gestores da esfera federal compete a organização do banco de dados nacionais e Sistema de Informação Nacional da Gestão do Trabalho, cujo objetivo visa facilitar o planejamento, cuidar do pagamento e remuneração dos trabalhadores, cuidar das questões referentes as demissões, afastamentos, substituições ou transferências de trabalhadores, elaborar junto aos estados anualmente estados um Programa Institucional Nacional de Educação Permanente e consolidar a descentralização com os municípios e estados (BRASIL, 2005).

As funções dos gestores estaduais também são referentes as questões de pagamentos, repasses e negociações, sendo responsáveis por “acompanhar, em sua esfera de gestão, as atividades de formação e capacitação promovidas pelo gestor federal” (BRASIL, 2005). Bem como promover capacitações de gestores municipais.

Os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), ressalta que “a Gestão do Trabalho nas três esferas de gestão deverá ser sempre submetida aos fóruns de participação popular (Conferências de Saúde) e de controle social (Conselhos de Saúde) do respectivo Sistema de Saúde e pactuada, antes da sua execução” (BRASIL, 2009, p. 09-10).

No ano de 2003 foi criada pelo Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), buscando “qualificação dos trabalhadores e organização do

trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS” (BRASIL, 2011b, p. 7).

A SGTES compreende que a preocupação em gestão deve ir além dos recursos financeiros e materiais, preocupando-se com a atuação da força de trabalho em saúde, a sua satisfação, capacitação, etc. A gestão de trabalho no SUS é compreendida pelo Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde como “Política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009b, p. 28).

Sendo assim, o trabalhador em saúde é visto como um sujeito capaz de transformar o seu ambiente através de seu trabalho, e este trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, coparticipação e com responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos (BRASIL, 2009b, p. 28). Em suma, através desta política fica garantida os requisitos básicos para a valorização do profissional na área da saúde e o trabalho desempenhado por ele.

1.3 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Até a segunda metade do século XX, o setor da saúde era majoritariamente controlado por agentes privados, sendo tratado apenas tangencialmente pela legislação. Os serviços de saúde eram predominantemente prestados por entidades filantrópicas, com destaque para as Santas Casas de Misericórdia. Como resultado, grande parte da população ficou desassistida. A busca por soluções e melhorias, resultou em alternativas como financiamento em saúde.

O financiamento da saúde está garantido na Lei 8.080/1990, art. 36 que regula todo o território nacional:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde (BRASIL, 1990).

A Lei supracitada, determina critérios de organização definindo as competências, princípios, diretrizes, atribuições, planejamento, financiamento e orçamento da Saúde. Neste sentido, temos ainda a Lei 8.142/90, promulgada em 28 de dezembro de 1990, onde regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências intergovernamentais do financiamento da Saúde, contando com a Conferência de Saúde e Conselho de Saúde em cada esfera de governo. Esta lei também dispõe sobre os recursos do Fundo Nacional de Saúde e de seu repasse, onde os municípios, distritos e estados contam com o “Fundo de Saúde; Conselho de Saúde; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)” (BRASIL, 2003, p. 27).

Os investimentos no SUS têm deixado de ser uma preocupação apenas dos profissionais da área, visto que a saúde é de muita importância para a qualidade de vida e que esta área abrange uma complexidade ainda maior, sendo Inter profissional e multidisciplinar, com influências e serviços das áreas de educação, direito, recursos humanos, etc., além do envolvimento da população em gestão participativa.

Assim, a Saúde no Brasil tem se tornado uma preocupação de todos, pois os problemas e desafios enfrentados pelo SUS é de interesse de toda a população, de uma vasta gama de profissionais e de todos os usuários desses serviços. “Seguramente, muitos dos problemas que atormentam o usuário do SUS podem ser equacionados mediante boas práticas de gestão. No entanto, é no subfinanciamento que está o ponto frágil do sistema público de saúde” (BRASIL, 2011, p. 9).

Neste sentido, pode-se frisar que problemas de financiamento é um fator histórico que acompanha a Saúde no Brasil desde a criação do SUS, apesar das determinações de repasse em Leis (que determina 30% do orçamento para a Seguridade Social), estas por diversas vezes não são respeitadas. De acordo com a Emenda 29/2000, os municípios e Distrito Federal deve repassar 15% do produto da arrecadação dos impostos ao que consta nos artigos 156 e 159, estados e Distrito Federal, referente aos artigos 155, 157 e 159 “foi fixado, ao final de 2004, o limite mínimo de 12% do produto da arrecadação dos impostos sobre transmissão causa mortis e doação, operações relativas à circulação de mercadorias e sobre propriedade de veículos automotores” (CAMPELLI; CALVO, 2007, p. 1).

A aplicação dos recursos no SUS são definidas pelo art. 3 da Lei 141 de 13 de janeiro de 2012, onde são consideradas despesas da Saúde os serviços referentes a:

- I - Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V - Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI - Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX - Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X - Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

Esta definição do que são despesas em saúde, é fundamental para que os recursos repassados sejam gastos de forma correta e aplicados naquilo que é necessário para a manutenção desta política social. Além disto, a transparência dos recursos em saúde conta também com o Relatório de Gestão e o Plano de Saúde, que tratam-se de uma fiscalização e acompanhamento realizada pelos conselhos de saúde nacional de acordo com o artigo 77 da Emenda Constitucional 29, que define que “os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde” (BRASIL, 2000).

O Relatório de Gestão é um instrumento no qual é apresentado pela gestão pública a comunidade, os gastos em saúde, especificando quanto recurso foi recebido quanto e com o que foi gasto nos últimos três meses. Este Relatório deverá ser apresentado a cada três meses ao Conselho “para discussão e como o conselho é deliberativo, ele pode aprovar ou não aprovar. Caso não aprove, o município pode parar no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal - CADIN, que é o SPC dos governos” (SCHINEDER, 2010, p. 42).

O Plano de Saúde é um instrumento no qual é possível realizar um planejamento dos gastos e orçamento em saúde, a suficiência ou insuficiência dos recursos estarão assim ligadas diretamente ao planejamento, pois serão resultados do que foi orçamentado.

Neste sentido, o Pacto pela Saúde surge para modificar as formas de transferência dos recursos federais para municípios e estados, passando a ser integrados em Blocos Gerais de Financiamento, sendo eles: “Atenção Básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, Investimentos na Rede de Saúde” (SCHINEDER, 2010, p. 44). Sendo assim, o financiamento da saúde possibilita a garantia do acesso a saúde gratuita e de qualidade e por esta razão configura-se em uma preocupação de todos (comunidade e gestores).

CAPITULO II- TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO DOMICÍLIO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é uma importante estratégia de política pública que busca oferecer promoção, prevenção e assistência à saúde a todos os brasileiros, sem discriminação. O SUS visa criar mecanismos que melhorem o setor público de saúde por meio de programas mais específicos como: tratamento fora de domicílio – TFD. Este programa contribui para a melhoria da qualidade de vida, visando que alguns municípios de origem do paciente não tenham todos os recursos para suprir suas necessidades. Tal programa constitui um direito do cidadão e é uma das áreas de atuação do assistente social que exerce diversas funções dentro do programa.

2.1 OS DESAFIOS ENCONTRADOS PELO ASSISTENTE SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO TFD

O Serviço Social vem atuando junto ao TFD na contribuição para que os usuários do SUS possam ser beneficiados dentro desse programa de tratamento, inserindo-os na rede de serviços de atenção à saúde, bem como no acolhimento e na escuta qualificada. Para Simionatto e Nogueira (1994, p. 56), “o Serviço Social, enquanto um dos mecanismos de operacionalização das políticas sociais, ocupa um lugar significativo na transformação de necessidades sociais em demandas”, sendo um profissional de grande relevância na área da saúde e em programas como o TFD.

As políticas públicas de saúde visam atender a grande demanda das necessidades do SUS e garantir direitos básicos. Esses programas contribuem para a reabilitação da saúde e melhoram a qualidade de vida das pessoas. Esta Lei torna os cuidados de saúde obrigatórios como um direito constitucional sem que sejam impostos quaisquer encargos de saúde aos pacientes. Os gestores municipais e estaduais devem cumprir o papel de envidar esforços para obter a expansão dos serviços de saúde (PORTARIA,1990).

O TFD O auxílio é concedido desde que sejam atendidas todas as formas de tratamento de saúde na localidade onde o paciente reside. Consiste em um auxílio de referência para outras unidades médicas de municípios mais próximos que possuam o tratamento adequado ao paciente, auxílio de custo e nos casos que se fizerem necessários, há também um acompanhamento desse paciente.

Conforme a Portaria nº 55/99 do Ministério da Saúde, o Tratamento Fora de Domicilio – TFD é:

[...] um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem por falta de condições técnicas. Assim, o TFD consiste em uma ajuda de custo ao paciente, e em alguns casos, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica a unidades de saúde de outro município ou Estado da Federação, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência do mesmo, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial (PORTARIA/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999).

Neste sentido, o mecanismo que encaminha pacientes para tratamento em outra localidade, garante a restauração da saúde do paciente, segurança em relação aos gastos e a fidelidade em garantir saúde a todos e preservar a vida. Trata-se de um programa que visa ofertar consultas, tratamentos e cirurgia, previamente agendados, cobrindo despesas de transporte, alimentação, hospedagem e acompanhante caso necessário, limitando-se ao período necessário ao tratamento. A portaria nº 55, reforça ainda que o TFD se destina a pacientes que necessitem de assistência médico-hospitalar cujo procedimento seja considerado de alta e média complexidade.

A prestação de serviços de saúde pública é um dever do Estado e está expressamente positivado na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Portanto, o Estado tem a obrigação de prestá-la de forma gratuita, acessível e igualitária, oferecendo aos cidadãos os serviços médicos em todo o sistema de saúde pública (SÁ *et al.*, 2016).

De acordo com o Art. 5º, são deveres do assistente social nas suas relações com os usuários:

I-Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões Institucionais; II- garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, [...]; III- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional [...]; IV- devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários [...]; V- informar à população usuária [...] a forma de sistematização dos dados obtidos; [...] VII- contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados (CFESS N.º 290/94 E 293/94).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2014), o SUS é o maior sistema em saúde público do mundo e oferta serviços a aproximadamente 190 milhões de pessoas, sendo que 80% destas dependem exclusivamente do SUS. Em decorrência da demanda do elevado número populacional depender do tratamento do SUS e de diversas questões burocráticas, financeiras, políticas e sociais, há desafios e problemas que surgem na garantia do acesso ao TFD por parte dos pacientes e também na oferta e inclusão desses pacientes por parte dos profissionais de assistência social.

Dentro do programa TFD, há alguns desafios referentes a inserção dos pacientes no programa e na efetivação dos direitos dos usuários, como um profissional que atua na área de saúde, o assistente social encontra diversos problemas que de acordo com Rosa (2009):

relaciona com inúmeras expressões da questão social que podem se manifestar de diferentes formas. Em alguns casos, são direitos de continuidade de tratamentos negados pela rede básica; em outros, são mediações familiares a serem feitas, situações de negligência, falta de informação, conhecimento e acesso a direitos e benefícios internos e externos (ROSA, 2009, p. 42).

O assistente social encontra dificuldades em efetivar os direitos dos usuários do TFD, pois há diversas funções e demandas dentro do programa que não depende diretamente da sua atuação, “o Serviço Social não tem poder de decisão, tendo que buscar estratégias de convencimento junto aos demais profissionais para fazer valer os direitos da população demandante” (ROSA, 2009, p. 42). O assistente precisa saber articular junto com outros profissionais para agilizar e garantir os direitos dos usuários, no entanto, nem sempre ocorre da melhor forma.

Um dos maiores desafios do assistente seja no TFD, seja em outros programas da área da saúde é:

a dificuldade em viabilizar as ações complementares ao atendimento dos indivíduos, em função da falta de recursos financeiros do setor, da falta de transporte, enfim, da falta de condições de trabalho que possibilite concretizar as ações necessárias ao atendimento das demandas que se colocam (ROSA, 2009, p. 42).

Questões como atrasos no repasse ao benefício, falta de recursos e financiamento para o TFD, configuram-se como desafios que afetam diretamente o paciente e que exigem de o assistente social encontrar a melhor maneira de solucionar os casos, mas que não depende diretamente da sua atuação, e por esta razão nem sempre o assistente pode garantir que o paciente tenha seus direitos efetivados, o que pode haver uma frustração por sua parte.

A inscrição no TFD é acompanhada pelo assistente social, porém a liberação dos benefícios para os usuários não depende da sua atuação. Além disso, O TFD tem uma lista de espera elevada devido ao grande número de indivíduos que necessitam do programa. Os potenciais usuários entram em lista de espera para se inscrever no programa e, às vezes, acabam tendo seus problemas agravados por causa dessa espera.

Os assistentes sociais precisam estar em constante articulação com os usuários, sendo um mediador de conflitos e repassando informações do programa. Há uma grande demanda por

outros programas e problemas relacionados à área dos assistentes sociais que sobrecarregam esses profissionais e que eles, de uma forma ou de outra, precisam resolver. O problema mais recorrente é a questão do transporte eletivo de saúde para deslocamento de pacientes. Mesmo que o usuário tenha entregue toda a documentação necessária, ele já está cadastrado no programa, e a consulta agendada nem sempre está disponível.

A assistente social não tem controle sobre qual passagem será oferecido ao paciente. Há casos de pacientes que, por necessidades de saúde e idade avançada, precisam de conforto e mais cuidados no transporte e a passagem acaba saindo da forma mais desconfortável e precária. O TFD é autorizado, de acordo com a Portaria/SAS/nº 055 art. 02 à 06 (1999), nos seguintes casos: quando tiver garantia de atendimento pelo município de referência, sendo agendado previamente; quando o município de referência tiver uma distância superior a 50 Km do município de origem do paciente em deslocamento terrestre ou fluvial, em caso de cirurgias; quando o paciente tiver exames completos e o encaminhamento a qualquer forma de atendimento dentro do FTD deve ser realizado pelo médico assistente do paciente.

O encaminhamento de pacientes na rede SUS processa-se a partir da consulta com médico que presta o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde, UBS. Desta forma o médico da unidade ao diagnosticar o problema, encaminha o paciente ao setor de referência e contra referência da SMS, com a guia de referencialmente devidamente preenchida, solicitando para este o atendimento especializado necessário (FOGAÇA, 2014, p. 26).

A solicitação de encaminhamento é oriunda da atenção básica no momento da entrada do tratamento, confirmada pelo médico assistente e autorizando a TFD contida no laudo médico. O laudo pericial deve ser muito claro sobre o motivo da doença, a situação médica do beneficiário, que segundo a portaria SAS/MS nº 055/1999, pode ser renovada por um ano, caso ainda haja necessidade de continuar o tratamento.

Após todos os procedimentos o usuário deverá iniciar a entrada referente ao processo de tratamento TFD. O paciente, portanto, deve esperar 15 dias para que o tratamento seja realizado. Esse benefício deve ser solicitado pelo paciente atendido nas redes de serviços de saúde, de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Após todos os procedimentos, o usuário deve iniciar a entrada referente ao processo de tratamento TFD.

De acordo com a resolução nº 13 de fevereiro de 2017 referente as diretrizes do Transporte Sanitário Eletivo, este é:

Art. 2º [...] destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência [...]; § 1º Destina-se a população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta

risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal [...] (PORTARIA, nº 23 de fevereiro, 2017).

No caso do paciente e seu acompanhante retornarem ao município de origem no mesmo dia, serão conferidos, apenas, a passagem e a ajuda de custo para alimentação. Na prática, o paciente que necessitar do TFD deve pedir ao médico que lhe assiste, nas unidades vinculadas ao SUS, que preencha o formulário de TFD, o qual, normalmente acompanhado de um laudo médico, será encaminhado à comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual para aprovação, sendo que, se necessário, o gestor poderá solicitar exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

É importante salientar que:

Mesmo assegurados em lei, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam impasses quanto aos seus fins e meios, especialmente no tocante ao seu financiamento (não só do custeio, mas, principalmente, o não-investimento na expansão da rede de serviços) – e acesso aos seus serviços cada vez mais desfinanciados e sucateados (VASCONCELOS, 2002, p. 79).

O assistente social tem a função de realizar o laudo social e a pedido do médico realizar a inscrição do paciente no TFD, encaminhando-o e orientando-o para que todas as informações sejam esclarecidas e para que seus direitos não sejam violados. Embora as questões referentes a despesas, tipo de transporte e até mesmo liberação da entrada no programa ou dos recursos não façam parte da sua função, o assistente é o profissional que está diretamente orientando o paciente e sendo um mediador entre ele e a garantia dos seus direitos.

2.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COMO PROFISSÃO NO CAMPO DA SAÚDE

Cabe ao Assistente Social, socializar as informações e mobilizar os usuários e familiares para a luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde; estimular usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais para a participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde e de outras políticas públicas; possibilitar a participação de usuários no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política social, são estas umas das principais ações desenvolvidas pelo assistente social no campo da mobilização, assim como participar da ouvidoria com a preocupação de democratizar questões evidenciadas pelos usuários, reunindo-se com o conselho diretor da

unidade bem como com os conselhos de saúde coletivizando as questões e interferindo no planejamento da instituição de forma coletiva (CFESS, 2009).

A atuação do profissional assistente social é regulamentada pela Lei nº. 8.662/93, tendo o seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, resolução do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Tem como campo de atuação as políticas sociais, tendo por compromisso a defesa e a garantia de direitos sociais fortalecendo a democracia e buscando a emancipação social.

A Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, o Sistema Único de Saúde - SUS, o Estatuto da criança e do adolescente - ECA, além de inúmeras outras diretrizes legais que se diferenciam de acordo com a área de atendimento e população atendida são alguns dispositivos legais dos quais o Serviço Social se conduz. Há também o destaque para alguns princípios específicos da profissão: o seu Projeto Ético-Político e o Código de Ética da Profissão.

Para Santos e Biasoli (2009), o profissional de Serviço Social possui uma formação ampla, generalista e acadêmica com embasamento teórico, técnico, prático e político, que possibilita elaborar, planejar e executar ações de apoio a diversos segmentos sociais, especialmente na dimensão das políticas de saúde, educação, trabalho, seguridade social e cultura. Neste sentido, cabe ao assistente social estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores, à participação efetiva das mobilizações e controle social, além de mediar à relação da instituição empregadora com os usuários, com uma prática propositiva e facilitadora quanto ao acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição.

O assistente social é um dos profissionais que trabalha diretamente sobre as diferenciadas expressões da questão social.

A questão social é compreendida como um complexo social que faz parte da natureza da propriedade privada no capitalismo, ou seja, é manifestação direta da apropriação privada da produção social e da lei geral da acumulação capitalista (MARX, 1984, p.187 *apud* SILVA, 2007, p. 283).

Considera-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas fundamentais para a atuação do assistente social em saúde em todas as suas dimensões. É fundamental que o assistente social qualifique o conhecimento para qualificar a intervenção, sendo exigido do mesmo a realização de pesquisas a partir da prática, trabalhando a partir de uma proximidade crítica com os sujeitos.

Bravo (2001), em relação a atuação do Assistente Social na área da saúde elucida que estes profissionais buscam pela democratização do acesso às unidades e serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação entre a instituição de saúde e a realidade, interdisciplinaridade, ênfase no atendimento grupal. Abordagens. Na saúde, o foco principal continua sendo a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído em meados da década de 70. Este projeto está diretamente relacionado ao projeto profissional de assistentes sociais, tendo como principais aspectos o acesso, a universalização das ações e a descentralização.

Compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde, que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003; BRAVO; MATOS, 2004). O assistente social nos serviços de saúde, tem o papel de assegurar a integridade e o cumprimento das ações prevista na saúde segundo a lei nº 8080, que descreve os princípios e o funcionamento do Sistema Único de Saúde- SUS.

Na Resolução nº 218, de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde, reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde. Além da Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999, que reconhece o assistente social como profissional de saúde, que inclui em sua ação a visita domiciliar, cujo caráter vai além do atendimento emergencial, curativo e seletivo, de exames e consultas ou da provisão de atendimentos, conforme vivenciamos em nossa atuação profissional. Tal ação seletiva cria um viés no atendimento e vai á contramão do que assevera a Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 192, sobre o direito, a promoção da saúde e o bem-estar da população.

É com base no arcabouço jurídico específico da profissão, no fortalecimento do projeto profissional hegemônico, nos parâmetros de atuação dos Assistentes Sociais na saúde e na busca de contribuir para a informação e reflexão crítica de usuários, que podemos compreender a necessidade desses profissionais inseridos em espaços de saúde. Neste sentido,

o Assistente social como profissional de saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja o nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva

de universalidade e integralidade à população brasileira (VASCONCELOS, 2002, p.45).

É importante que este profissional seja proativo nas modificações do dia a dia, com as expressões das questões sociais, que seja potencial, instrumental e teórico- metodológico para que possa lidar com todos os desafios que cheguem ao seu exercício profissional. Em caso de violações de direitos, que ele possa trabalhar com ações sócias assistencial, com a rede de trabalho multidisciplinar, e que fique bem claro que o mesmo não deve trabalhar sozinho mais com outros profissionais de saúde.

Desta forma, a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social, e a partir desse processo, como organizam seus objetivos institucionais que se voltam a intervenção sobre essas necessidades (ABESS, 1996).

Nesse sentido, podemos dizer que a inserção desse profissional venha trazer as particularidades encontradas na prática dos serviços de saúde, e na atividade profissional, onde pretende caracterizar, enquanto trabalhador assalariado, esse processo de cooperação, englobando as atividades especializadas, suas habilidades e saberes, ao mobilizarem e articularem os movimentos dentro das unidades de serviços, pois, é dentro desse espaço que discutimos as particularidades da inserção do trabalho desse profissional, esse trabalho coletivo dentro do SUS. Portanto, pensar sobre a prática profissional é pensar numa relação teoria – prática.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 LOCAL DA PESQUISA

O município de Barbalha, Ceará, é conhecido na região do Cariri por ser uma referência nos serviços de atendimento a média e alta complexidade de saúde. O lócus da pesquisa foi a Secretaria Municipal de Barbalha, uma unidade pública municipal, que mediante se estabelece na Lei nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que apresenta o Plano Municipal de Saúde no quadriênio 2018-2021, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Barbalha – Ce, localiza-se no Loteamento Jardim dos Ipês s/n, bairro Centro. Possui dois setores, o Bloco A - funciona o gabinete, a coordenação Atenção Básica, Setor de Recursos Humanos, telefonia, setor de xerox, CREMU – Central de Regulação dos Municípios, coordenação da epidemiologia, coordenação de imunização, Vigilância da Saúde (VISA), que se trata da vigilância sanitária e ambiental, a Assessoria Jurídica (advogados), Setor de transportes, Central de Processamento de Dados – CPD e o Cadastro Nacional de Estabelecimento da Saúde – CNES. No Bloco B - funciona as áreas de Serviço Social, o Conselho Municipal de Saúde, a ouvidoria, o cartão SUS e a auditoria.

No município funciona interligado a Secretaria Municipal de Saúde: 02 NASF, 23 PSF, 01 CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico/Almoxarifado, 01 Farmácia Central (extra SUS), 01 Centro Materno Infantil e 01 Centro do Idoso/ Hipertenso e diabético.

3.2 MÉTODOS UTILIZADOS NA PESQUISA

Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, buscando compreender a importância do Sistema Único de Saúde na efetivação do direito a saúde e qualidade de vida, o seu funcionamento, bem como compreender o programa de Tratamento Fora de Domicílio, descrever a falta de interação para os usuários do SUS e os desafios enfrentados pelo assistente social no que se refere a este programa.

A pesquisa, quanto a forma de abordagem do problema, realizou-se pelo método qualitativa em que há maior compreensão e também aprofundamento sobre um grupo social, neste tipo de pesquisa os dados analisados tem o objetivo de produzir mais informações sobre o problema. Neste sentido,

as características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre

o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (GERHARDT; SLVEIRA, 2009, p.32).

Como forma de aproximação e maior compreensão sobre a realidade que envolve o problema abordado neste estudo, foi realizado quanto aos procedimentos de investigação uma pesquisa bibliográfica, no qual segundo Gil (2007, p.65) “é desenvolvida a partir de material já elaborado constituído principalmente de livros e artigos científicos” e que segundo o autor permite ao investigador uma gama ampla de fenômenos a ser investigado. Assim o estudo valeu-se de artigos de outros autores, livros, portais de notícias online e leis que fundamentam a saúde no Brasil como direito constitucional.

Referente aos objetivos do estudo, realizou-se ainda pesquisas de cunho exploratório, que se caracteriza por esclarecer o problema utilizando-se de levantamento bibliográfico e documental, além disso pode utilizar-se também de procedimentos de amostragem e coleta de dados, de forma quantitativa, esta pesquisa tem por objetivo

Proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato, [...] é realizado especificamente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionais. (GIL, 2007, p.43).

Assim, através deste percurso metodológico, buscou-se compreender o que é, como funciona e para quem se destina o TDF, a sua contribuição na garantia de qualidade de vida do cidadão, bem como a importância do assistente social na efetivação deste direito e os problemas que os mesmos encontram para garantir aos usuários que o seu direito constitucional a saúde seja respeitado.

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

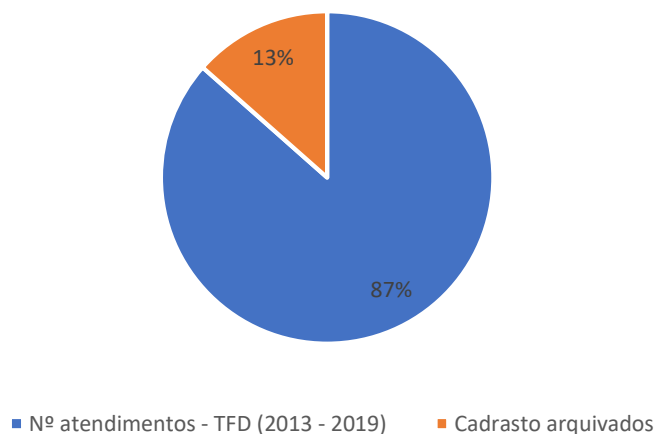
A área de saúde pode fazer parte da atuação do assistente social, é uma área que necessita de seu trabalho e também apresenta diversos desafios e demandas diárias. A Resolução nº 218, realizada em 05 e 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde, incluem e reconhece o assistente social como profissional de saúde de nível superior. De acordo com esta resolução “como profissional de saúde dever ater-se a dispositivos legais do Ministério da Educação e do Desporto, Ministério do Trabalho e aos Conselhos dessas categorias” (BRASIL, 1997).

O presente trabalho reflete um pouco da vivência e dos desafios do assistente social, mais especificamente no TFD, é o assistente responsável por fazer o laudo social, inscrever, acompanhar e orientar os usuários do programa. Com base em documentos e laudos sociais elaborados pelo assistente social, foi possível traçar um perfil dos usuários do TFD e construir dados para reflexão e discussão da realidade deste programa no município de Barbalha.

3.3.1 ESTUDO REALIZADO DO PROGRAMA DE TRATAMENT FORA DE DOMICILIO – TFD

O gráfico 1 revela dados do cadastro de usuários do TFD em Barbalha-CE, especificando a quantidade de pacientes que já estavam no programa e quantos foram inseridos no período de janeiro a julho do ano de 2019.

Gráfico 1 - Atendimentos consumados no TFD de Barbalha – CE no período de 2013 a 2019



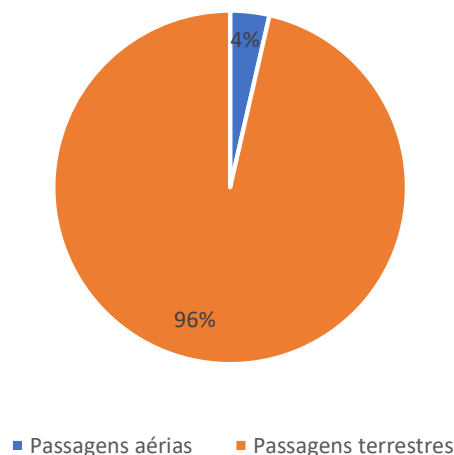
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Os dados no gráfico acima informam a porcentagem de cadastros no TFD do município de Barbalha-CE no ano de 2013 até 2019. Neste período verificou-se um total de 1.128 cadastros registrados. Os usuários inscritos no TFD e que conseguiram atendimento no programa somam-se 976, o equivalente a 87% do total, o número de cadastros arquivados, ou seja, que ainda estão aguardando a entrada no TFD, são em minoria, 152 usuários, o equivalente a 13% do total. Apesar de ser um número menor em relação ao de atendidos, ainda assim para o paciente que espera é uma grande diferença e influi em sua qualidade de vida, então não deixa de ser um número significativo.

Desta forma, através da interpretação dos dados percebe-se a demanda de usuários do TFD em Barbalha é alta, pois o município é referência em saúde e atende a outros municípios vizinhos, que tem uma situação mais precária como, falta de recursos e equipamentos para atendimentos e tratamentos de algumas doenças. Portanto, há uma grande demanda e nem todos os pacientes conseguem tornar-se usuários do programa, tendo que aguardar em uma fila de espera sem previsão de quando sairá a sua liberação.

A fila de espera tanto no TFD quanto em outros programas da saúde, têm se constituído um dos maiores problemas e desafios a serem enfrentados, tanto que têm se tornado algo comum de tão recorrente e com impactos diretos na qualidade de serviços do SUS. “É insuficiente que apenas o Estado preste serviços públicos, é preciso que ele o faça sobre os preceitos da qualidade, ou seja, o Estado tem que oferecer serviços públicos e tem que realizar da melhor forma possível e que atenda às necessidades de seus usuários” (SÁ; SILVA; LINS; SANTOS; 2016, p. 05).

Gráfico 2 - Numero de passagens do TFD de Barbalha - CE (janeiro – julho de 2019)



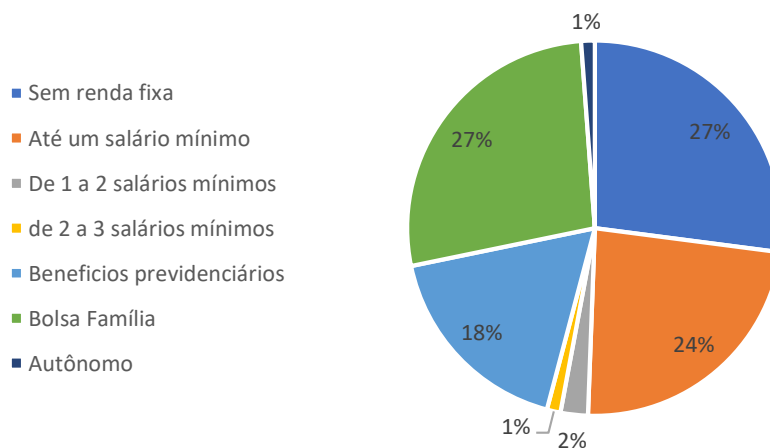
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O gráfico 2 apresenta a porcentagem de passagens que foram emitidas no TFD de Barbalha – CE no período de janeiro a julho de 2019. Em um total de 1424 de passagens registradas neste período, grande parte trata-se de passagens terrestres (1373, um equivalente a 96%), justamente por ter como usuário do TFD em sua maioria indivíduos que tem como local de origem municípios vizinhos (que fazem parte da região do Cariri). O transporte terrestre é geralmente uma topique que transporta usuários dos municípios vizinhos, carro ou ambulância somente em casos de necessidade, algo que não acontece com frequência.

O transporte coletivo utilizado para transportar os usuários, não é o mais adequado, pois muitas vezes não possuem cadeiras suficientes, ar condicionado, conforto, e o paciente se sente enjoado ou com dificuldade de locomoção para subir e descer do transporte. O transporte aéreo é uma parcela bem pequena, onde foi registrado na pesquisa documental, 51 emissões equivalendo a 4%, tal transporte é destinado para casos onde há a necessidade de maior conforto caso a localidade seja distante e o paciente seja idoso.

É necessário frisar que “o TFD aéreo é restrito a pacientes que apresentam laudo médico justificando o transporte e autorização pelo médico autorizador do TFD, que preenchem os critérios pré-estabelecidos” (SÁ; SILVA; LINS; SANTOS; 2016, p. 08). Desta forma, é necessário que o paciente tenha tais necessidades justificadas em laudo, que tenha apresentado com toda a documentação exigida corretamente e então é agendado o procedimento de tal serviço. Por tratar-se de pacientes que habitam locais mais próximos e que em sua maioria não apresentam exigências de saúde para tal serviço, as passagens áreas são bem menores e mais restritas.

Gráfico 3 - Perfil econômico dos usuários do TFD de Barbalha - CE do ano de 2019



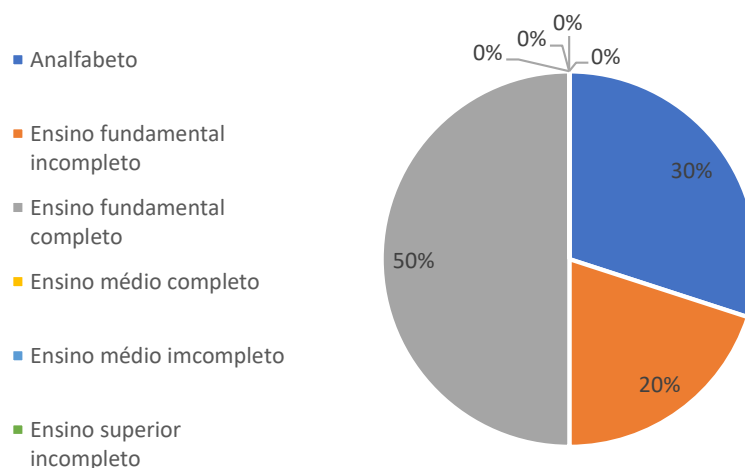
Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O gráfico 3 quantifica os dados sobre o perfil econômico dos usuários no ano de 2019. A maior parte dos pacientes que utilizam o TFD em Barbalha – CE, são indivíduos que vivem do programa Bolsa Família, correspondendo a 27%, indivíduos que não tem renda fixa ou fazem “bico” para sobreviver, que somam 27%, em seguida vêm os que ganham até um salário mínimo e que somam 24%, posteriormente há os que vive de benefícios previdenciários somando 18%. Já os usuários que ganham uma renda salarial considerada suficiente ou boa que vai de um até dois salários mínimos são 2%, os que ganham de dois a três salários mínimos são 1% da parcela. Indivíduos considerados como autônomos também somam 1%.

Para Magalhães, Burlandy e Senna (2007, p. 01) “os impactos da pobreza no perfil de saúde dos diferentes grupos sociais são diversos e vêm sendo problematizados por múltiplos campos disciplinares em diferentes países do mundo”. Em países como o Brasil que apresenta na grande desigualdade social, a pobreza é um fator de necessidade que leva ao grande número de procura pelos serviços do SUS e acaba refletindo na grande demanda e na dificuldade de atendimento, esses pacientes de baixa renda embora recorram ao SUS para atender as suas necessidades de saúde o fazem por uma questão de necessidade, pois não têm condições de custear um tratamento na rede particular.

Os dados mostram que o programa de transferência de renda, o Bolsa Família, é um dos grandes responsáveis pela renda de famílias que estão em situação de pobreza, boa parte dos pacientes que utilizam os serviços do SUS, no caso o programa TFD, são de famílias que sobrevivem pelo auxílio de outras políticas públicas. Percebe-se então, a importância das políticas públicas de garantia a direitos básico do cidadão, embora não sejam suficientes para superar o déficit histórico das desigualdades.

Gráfico 4 - Perfil de escolaridade dos usuários do TFD de Barbalha – CE, 2019

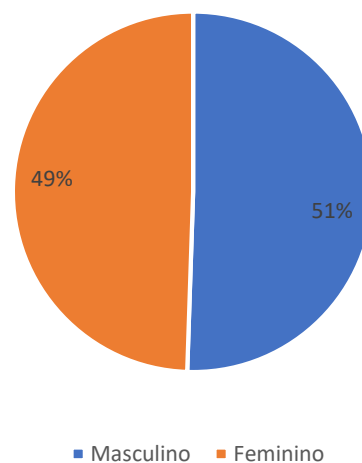


Quanto ao perfil de escolaridade dos pacientes que estão inscritos no TFD de Barbalha no ano de 2019, o gráfico acima trás os dados do mês de maio do referido ano e mostra que metade da parcela destes usuários são indivíduos que possuem o ensino fundamental completo, a outra metade é dividida entre analfabetos (30%) e ensino fundamental incompleto (20%).

Analisando os dados desse gráfico e comparando com os dados do gráfico anterior, percebe-se que a situação econômica dos usuários do TFD está ligada com o nível de escolaridade, já que a maior parte dos pacientes apenas concluíram o ensino fundamental. Em uma sociedade capitalista e cada vez mais tecnológica, a tendência é a exclusão do mercado indivíduos com menor nível de escolaridade e capacitação, o que influi na renda familiar e nas desigualdades, visto que muitos desses indivíduos provem de famílias que também passaram por situações de vulnerabilidade e que não tiveram acesso à educação.

“É claro que a correlação entre escolaridade e renda seja alta, o que não significa que a escolaridade determine o nível de renda (isso, no entanto, pode acontecer em casos isolados)” (CUNHA, 1977, p. 99). Ainda que a escolarização não seja o único fator de causa da pobreza e das desigualdades, ele influencia e está diretamente associado a má distribuição de renda, a qualidade de vida e de empoderamento de indivíduos que muitas vezes não tem conhecimentos sob seus direitos básicos.

Gráfico 5 - Perfil de gênero dos usuários do TFD de Barbalha – Ce, 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

O gráfico 5 mostra o perfil de gênero dos pacientes que usam o TFD de Barbalha, a diferença de gênero masculino e feminino é bem pouco, uma diferença de apenas 2% para os

homens em relação as mulheres. De acordo com os dados coletados, os usuários do sexo masculino somam 48, destes 25 são crianças e/ou adolescentes, 15 são adultos e 8 são idosos. Os do sexo feminino somam 47, 22 são crianças e/ou adolescentes, 15 são adultos e 10 idosos. Não há um número tão divergente entre as idades e os gêneros dos usuários do TFD em Barbalha, tais dados demostram que há uma necessidade de serviços especializados não apenas em idades mais avançadas, mas também entre jovens.

A pesquisa documental teve o intuito de traçar o perfil dos usuários do TFD tendo como amostra populacional os usuários do município de Barbalha – CE, tais dados são de bastante relevância para se compreender o universo que envolve o tema da pesquisa e a sua realidade, que faz parte do trabalho dos assistentes sociais que atuam na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema único de Saúde – SUS, é responsável pela garantia de direito do cidadão ao acesso a saúde e melhor qualidade de vida, é um sistema bastante complexo e que envolve desde um caso de atendimento de uma simples avaliação a casos de cirurgia de alto risco. Trata-se de um sistema universal, democrático e equitativo.

O Tratamento Fora de Domicilia – TFD, é um dos programas que foi criado na tentativa de garantir a todos esses usuários o acesso ao seu direito a saúde e ter as suas necessidades atendidas, já que nem todos os municípios possuem ou são equipados de todos os recursos para realizar esse atendimento.

A atuação do assistente social na saúde, especificamente no TFD, é um trabalho de muitos desafios, principalmente por alguns problemas envolverem não apenas a sua atuação, mas depender também do trabalho de outros profissionais.

Os resultados obtidos através da pesquisa documental informaram que a população amostra do município de Barbalha – CE, no período de janeiro a julho do ano de 2019, é em maioria indivíduos e famílias de baixa renda ou que estão em estado de vulnerabilidade social, que vivem de programas de transferência financeira do governo ou que ganham até um salário mínimo. Além disso, são indivíduos que em sua maioria possuem apenas o ensino fundamental completo e que são desinformados quanto a questões da área de saúde e de seus direitos constitucionais.

O assistente social nas diversas inserções e na efetivação de suas atribuições, tem por objetivo contribuir para viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais, bem como fortalecer o projeto ético político profissional. Em relação ao TFD, o assistente social pode agendar o atendimento e acompanhar o caso dos usuários fornecendo-lhes toda informação necessária, porém há questões administrativas que estão fora do seu controle para que ele possa ofertar esse direito a qualidade de vida e reestabelecimento de saúde aos usuários.

É importante que o assistente social esteja acompanhando os casos que chegam ao TFD, sempre buscando estar informado junto aos usuários das suas necessidades, de como ele está sendo atendido, etc. Estar próximo a esses usuários é fundamental para continuar buscando formas de fazer com que ele tenha seu direito a saúde garantido e respeitado, assim como também estar em constante articulação junto a outros profissionais que estão envolvidos no TFD para que o melhor possível seja feito em relação ao atendimento das necessidades dos usuários.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.** Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anosus/legislacao/constituicaoafederal.pdf> Acesso em 27 de agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**, 2006. 1-28

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2006b.

_____. **Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999**». Diário Oficial da União. 27 de janeiro de 1999. Disponível em <<https://web.archive.org/web/200709272224202/http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=182>> Consultado em 28 de agosto de 2019.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS: políticas e ações** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011(b)

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Secretaria-Executiva. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

_____. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº29, 13 de setembro de 2000.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm> Acesso em 03 de setembro de 2019

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde** (PACS). Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O Humaniza SUS na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Presidência da República
Casa Civil. **Lei complementar nº141**, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm> acesso em 03 de setembro de 2019.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. PORTARIA / LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. PORTARIA / SAS / Nº. 055 DE 24 DE FEVEREIRO DE 1999 - “Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA / SUS e dá outras providências.” Publicada no DOU. Nº. 38 de 26 de fevereiro de 1999.

BRAVO, Maria Inês Sousa; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andreia de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias. (organizadoras). **Saúde e Serviço Social** – 2 ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro: UERJ. 2006

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow; CALVO, Maria Cristina M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. Cad. Saúde Pública vol.23 no.7 Rio de Janeiro July 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700012> Acesso em 03 de setembro de 2019.

CUNHA, Luiz Antônio. **Educação e desenvolvimento social no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

FOLHA WEB. **Vaga para TFD sai após falecimento de paciente indígena**. Publicado em 07/11/2019 às 01:00. Disponível em <<https://www.folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Vaga-para-TFD-sai-apos-falecimento-de-paciente-indigena-59331>> Acesso em 15 de nov. de 2019

GIL, Célia Regina Rodrigues; LUIZ, Isaias Cantóia; GIL, Maria Cristina Rodrigues. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. - São Luís, 2016.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde** / Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MAGALHÃES, Rosana; BURLANDY, Luciene; SENNA, Mônica de Castro Maia. **Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais**. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2007 Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600002> > Acesso em 25 de nov. de 2019.

ROSA, Wânia Westphal. A atuação do serviço social no contexto hospitalar: as demandas relativas ao tratamento fora de domicílio. Palhoça, 16 de novembro de 2009. Disponível em < http://pergamum.unisul.br/pergamum/pdf/99681_Wania.pdf> Acesso em 25 de nov. de 2019.

SÁ, Elanuzza Gracielly Lira; SILVA, Abinair Bernardes da; LINS, Rafaela Rodrigues; SANTOS, Valéria Cristina de Souza. **Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma análise dos serviços prestados no município de Petrolina-PE**. 2016. Disponível em < <http://www.admpg.com.br/2016/down.php?id=2501&q=1>.> Acesso em 29 de nov. de 2019.

SCHNEIDER, Alessandra. **O direito humano à saúde e o seu subfinanciamento**. Passo Fundo, IFIB, 2010. 48p.

SIMIONATTO, Ivete & Nogueira, Vera. **Políticas de saúde** – do projeto formal à prática concreta. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano XV, n.44, p.53-60, abr. 1994.

SILVA. Marlise Vinagre. Presidente do CFESS Publicado no Diário Oficial da União N 60, de 30.03.93, Seção I, páginas 4004 a 4007 e alterado pela Resolução CFESS n.º 290, publicada no Diário Oficial da União de 11.02.94. Brasília, 13 de março de 1993.

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