



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DA SILVA**

**TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO: uma análise sobre a efetividade do programa  
para atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas em tratamento em um Hospital  
Universitário**

**JOÃO PESSOA**

**2018**

MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DA SILVA

**TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO:** uma análise sobre a efetividade do programa para atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas em tratamento em um Hospital Universitário

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como exigência para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Rafael Nicolau Carvalho

JOÃO PESSOA

2018

Catálogo da Publicação na Fonte.

Universidade Federal da Paraíba.

Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA).

Silva, Maria de Fátima Pereira da.

Tratamento fora de domicílio: uma análise sobre a efetividade do programa para atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas em tratamento em um hospital universitário. - João Pessoa-PB./ Maria de Fátima Pereira da Silva. - João Pessoa, 2018.

104 f.:il.

Monografia (Graduação em Serviço social) – Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.

Orientador: Prof.º Dr.º Rafael Nicolau Carvalho

MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DA SILVA

**TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO:** uma análise sobre a efetividade do programa  
para atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas em tratamento em um Hospital  
Universitário

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho (Orientador)  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof.<sup>a</sup>. Ms. Alecsonia Pereira Araújo (Examinadora)  
Universidade Federal da Paraíba

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Ana Lúcia Batista Aurino (Examinadora)  
Universidade Federal da Paraíba

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, inteligência suprema, causa primeira de todas as coisas!

Aos meus pais, Antônio e Damiana e irmãos Francisco e Amanda e meu sobrinho Alex Emanuel, por todo amor e incentivo!

Ao meu amado esposo Jonas, pela compreensão, confiança e auxílio em todos os momentos durante a execução deste trabalho!

A minha tia Adelânia e primas Adrielly e Aílla por todo apoio durante a graduação!

Aos meus sogros, Jailton e Anselma, minha cunhada Jéssika e meu concunhado Geraldo, por todo o carinho e apoio!

A todos os meus amigos (as), que se mostraram presentes em todos os momentos, em especial a Milena, por suas contribuições na normalização desta monografia!

Ao professor Dr. Rafael Nicolau, pela orientação e apoio na elaboração deste trabalho!

A toda equipe de Assistentes Sociais e estagiárias do HULW, que tive o privilégio de conviver durante a experiência de estágio e que foram fundamentais para a minha formação acadêmica.

A todos os professores e colegas de curso, pela oportunidade de aprender com suas experiências profissionais e de vida.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para execução deste trabalho, meu muito obrigada!

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar a efetividade do Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD) no auxílio às crianças e adolescentes usuárias do serviço de Reumatologia e Endocrinologia pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Esse estudo aborda o processo formativo da política de saúde, destacando a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas propostas de integralização dos serviços de saúde, em função do processo de hierarquização e regionalização da saúde. Nessa perspectiva, o trabalho em questão tem enfoque no programa TFD inseridos na Rede de Atenção a Saúde e sua efetivação no acesso integral a saúde, através de serviços que garantam a promoção da saúde a usuários que não dispõem de recursos necessários para atender as necessidades de média e alta complexidade em saúde em sua localidade de origem. Cujas pesquisas foram realizadas no ambulatório de pediatria do HULW nos meses de junho e julho de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, com amostra composta por 15 participantes, responsáveis por crianças e adolescentes que apresentaram diagnóstico de doença crônica tratadas nas especialidades de Reumatologia e Endocrinologia. A partir dos dados coletados, observou-se que a maior parte dos usuários entrevistados encontra-se em situação econômica desfavorável e tem pouco ou nenhum conhecimento sobre o TFD. É importante mencionar ainda que, o programa tem relevante importância para a continuidade do tratamento, entretanto, apresenta pontos negativos em relação ao cumprimento da portaria nº55/1999 do Ministério da Saúde e do Manual de normatização do TFD no Estado da Paraíba. Conclui-se que, faz-se necessária a luta permanente em defesa do SUS constitucional enquanto sistema universal, com vistas a garantir a efetivação dos direitos de forma justa e igualitária.

**Palavras-Chave:** Política de Saúde. Tratamento Fora do Domicílio. Programas de Saúde.

## **ABSTRACT**

The main goal of this paper lies on analyzing the effectiveness of the Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD), a Brazil's federal government program, concerning helping children and adolescents using the Pediatric Rheumatology and Endocrinology Service at the University Hospital Lauro Wanderley (UHLW). This study deals with the formative process of the health policy, highlighting the implementation of the Sistema Único de Saúde (SUS) – a public healthcare system in Brazil – as well as its proposals for the integralization of health services, according to the process of hierarchy and regionalization of health. Hence, the work under discussion focuses on the TFD program entered in the healthcare system and its effectiveness in integral access to health, through services that guarantee the health promotion to users who does not have the necessary resources to meet the needs of medium and high complexity in health at their locality of origin. Therefore, the research was carried out at the pediatric clinic of UHLW in June and July of 2018, through a semi-structured interview, with a sample composed of 15 participants, responsible for children and adolescents who presented a diagnosis of chronic disease treated in the specialties of Rheumatology and Endocrinology. As a result, from the data collected, it was observed that most of the users interviewed live in an unfavorable economic situation and own little or no knowledge about the PDT. In addition, it is also important to mention that the program is extremely important for the progress of the treatments, nevertheless, it presents negative points concerning the compliance with Ministerial Order no. 55/1999 of the Brazilian Ministry of Health and the handbook of normatization of PDT at the state of Paraíba, Brazil. To conclude, it is necessary a persistent fight in defense of the constitutional SUS as a universal system, in order to guaranteeing the rights in a fair and egalitarian manner.

**Keywords:** Health Policy. Tratamento Fora do Domicílio. Health Programs

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS:	Ações Integradas de Saúde
BPC:	Benefício de Prestação Continuada
CAPs:	Casas de Aposentadorias e Pensão
CEF:	Caixa Econômica Federal
CEROF:	Centro de Referência Oftalmológica
CTI:	Centro de Terapia Intensiva
DENERU:	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DER:	Departamento de Estradas de Rodagem
EBSERH:	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA:	Estatuto da Criança e do Adolescente
GEP:	Gerência de Ensino e Pesquisa
HUFs:	Hospitais Universitários Federais
HULW:	Hospital Universitário Lauro Wanderley
HUs:	Hospitais Universitários
IAPs:	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS:	Lei Orgânica de Assistência Social
MEC:	Ministério de Educação e Cultura
MPOG:	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
NOB:	Norma Operacional Básica do SUS
PAB:	Piso Assistencial Básico

PAC:	Programa de Aceleração de Crescimento
PAISM:	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF:	Programa Bolsa Família
PDE:	Plano Diretor Estratégico
PDR:	Plano Diretor de Regionalização
PIASS:	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMAQ:	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
PNAB:	Política Nacional de Atenção Básica
PNH:	Política Nacional de Humanização
PNS:	Plano Nacional de Saúde
PPI:	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PSF:	Programa de Saúde da Família
RAS:	Rede de Atenção à Saúde
REHUF:	Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RIMUSH:	Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar
RJU:	Regime Jurídico Único
SAE-MI:	Serviço de Atendimento Especializado – Materno Infantil
SAME:	Serviço de arquivo Médico e Estatística
SESP:	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA/SUS:	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH:	Sistema de Informações Hospitalares
SOST:	Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

SUCAM: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD: Tratamento Fora de Domicílio

UFPB: Universidade Federal da Paraíba

## LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1:** Distribuição dos participantes por grau de parentesco
- GRÁFICO 2:** Distribuição dos participantes por faixa etária
- GRÁFICO 3:** Distribuição dos participantes por nível de escolaridade
- GRÁFICO 4:** Distribuição dos participantes por regiões
- GRÁFICO 5:** Distribuição dos participantes por núcleo familiar
- GRÁFICO 6:** Distribuição dos participantes por renda familiar
- GRÁFICO 7:** Distribuição dos participantes por beneficiários de programas de transferência de renda
- GRÁFICO 8:** Distribuição dos participantes por tipo de benefício
- GRÁFICO 9:** Distribuição dos participantes por satisfação da renda
- GRÁFICO 10:** Distribuição dos participantes por situação de moradia
- GRÁFICO 11:** Distribuição dos participantes por frequência de comparecimento ao serviço
- GRÁFICO 12:** Distribuição dos participantes por abandono de tratamento
- GRÁFICO 13:** Distribuição dos participantes por não comparecimento as consultas no serviço
- GRÁFICO 14:** Distribuição dos participantes por conhecimento acerca do direito ao TFD
- GRÁFICO 15:** Distribuição dos participantes por tempo de utilização do programa TFD
- GRÁFICO 16:** Distribuição dos participantes por conhecimento sobre os benefícios oferecidos pelo programa TFD
- GRÁFICO 17:** Avaliação das condições dos transportes para locomoção dos usuários de acordo com as necessidades em saúde
- GRÁFICO 18:** Avaliação dos transportes no quesito respeito aos horários das consultas

**GRÁFICO 19:** Distribuição dos participantes por dificuldades no acesso ao TFD

**GRÁFICO 20:** Distribuição dos participantes por negatividade do TFD

**GRÁFICO 21:** Avaliação geral do TFD pelos participantes

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>O CONTEXTO SÓCIOHISTÓRICO DA CONTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Processo constitutivo da Política de Saúde brasileira.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Direito à saúde no Brasil: do movimento social ao SUS.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>A Política de Saúde nos governos Lula e Dilma.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4</b>	<b>Governo Temer e os desafios contemporâneos ao SUS.....</b>	<b>35</b>
<b>3</b>	<b>DEBATE SOBRE A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: O PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO EM QUESTÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>O princípio da Integralidade na agenda do SUS.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2</b>	<b>Tratamento fora do domicílio: mecanismo de garantia da integralidade?.....</b>	<b>44</b>
<b>3.3</b>	<b>Hospitais Universitários e a particularidade do cuidado em saúde.....</b>	<b>48</b>
<b>4</b>	<b>DESAFIOS À CONSOLIDAÇÃO DO TFD: ANÁLISE DA EFETIVIDADE A PARTIR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS DO HULW.....</b>	<b>53</b>
<b>4.1</b>	<b>Lócus da pesquisa.....</b>	<b>53</b>
<b>4.2</b>	<b>Perfil dos participantes do estudo.....</b>	<b>59</b>
<b>4.3</b>	<b>Conhecimentos sobre o TFD.....</b>	<b>76</b>
<b>4.4</b>	<b>Efetividade do TFD.....</b>	<b>80</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>99</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto das experiências acumuladas ao longo da formação acadêmica em Serviço Social, em especial das inquietações e indagações adquiridas no decorrer do Estágio Supervisionado no Serviço Social do Ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Tais questionamentos decorreram da observação das demandas apresentadas pelos usuários do programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD), ao Serviço Social do ambulatório. Este estudo analisou a efetividade do Programa TFD no auxílio aos usuários do HULW, a partir da realidade vivenciada pelo usuário do serviço de saúde.

Para compreensão dessa temática, fez-se necessário entender do ponto de vista histórico, os determinantes que levaram ao desencadeamento do objeto de estudo aqui proposto. Nesse sentido, a presente monografia visa abordar as principais características da política de saúde, no que diz respeito ao seu processo de formação e desenvolvimento até a contemporaneidade.

Sendo assim, a política de saúde se configura como um mecanismo do Estado para dar resposta às expressões da questão social. Seu surgimento relaciona-se à contradição da vida social e ao aparecimento das mazelas sociais que afetavam principalmente aqueles que sofriam com a falta de espaço no mercado de trabalho e/ou incapacidade laborativa, que por sua vez não possuíam qualquer tipo de assistência à saúde. Dessa forma, a política de saúde provocou muitos impactos na qualidade de vida da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto resultado das lutas da sociedade civil se constitui como direito do cidadão e dever do Estado que tem como função garantir saúde pública, obedecendo aos seus princípios: universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Sabe-se que até os dias atuais, a política de saúde enfrenta desafios para sua efetividade. Dessa forma, com o processo de descentralização da saúde, nem todos os municípios dispõem de estrutura para manter todos os serviços de saúde garantidos pelo SUS, em razão de sua extensão territorial e populacional. Assim sendo, a hierarquização da saúde estabelece os níveis de complexidade, visando uma organização do fluxo de atendimento para os níveis de atenção básica, média e alta complexidade em saúde.

É nesse aspecto que cabe questionar se a atenção à saúde tem se efetivado na prática de forma integral, posto que como princípio norteador da política de saúde, a integralidade assume um papel fundamental na promoção do acesso a saúde em sua totalidade. Nesse sentido, vale salientar que a política de saúde tem sofrido as inferências de uma conjuntura política e econômica desfavorável a efetivação do SUS.

Nesse arranjo, concerne discutir sobre a relação da integralidade com a temática em questão, no que diz respeito à contribuição do programa TFD na promoção do acesso à atenção integral. Posto que, o programa TFD é um instrumento legal que tem a finalidade de assegurar o acesso aos usuários do SUS de um determinado município a serviços de saúde de outro município ou Estado que possua estrutura para atender as demandas, quando esgotados todos os meios de tratamento em sua localidade de origem. Se configurando como uma alternativa para consolidação do direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, a integralidade e o programa TFD se conectam na perspectiva de promoção da saúde, conforme garantia constitucional. Portanto, a relevância deste estudo está na investigação sobre as possíveis lacunas na efetivação do Programa TFD e na análise do mesmo enquanto suporte para concretização das diretrizes do SUS em sua totalidade.

O objetivo geral desta monografia é analisar a efetividade do programa TFD no auxílio ao tratamento dos usuários com histórico de doenças crônicas nas especialidades de Reumatologia e Endocrinologia pediátrica atendidas pelo Ambulatório do HULW. Os objetivos específicos estabelecidos na execução deste estudo são: analisar o perfil socioeconômico dos usuários que utilizam os serviços de saúde no Ambulatório do HULW por meio do TFD intermunicipal; investigar o nível de conhecimento dos usuários do Ambulatório do HULW acerca do programa TFD; avaliar se o programa tem cumprido suas funções de acordo com a Portaria Nº 55/90 e com o Manual de Normatização Tratamento Fora de Domicílio da Paraíba; e identificar as dificuldades em acessar os serviços de saúde por meio do TFD.

A metodologia utilizada neste estudo é de natureza quanti-qualitativa, que leva em consideração a dimensão numérica para a quantificação do objeto, assim como, os aspectos conceituais, possibilitando uma contextualização do objeto ao considerar seu universo de significados que permeiam o fenômeno estudado. A pesquisa utilizou como amostra 15 usuários dos serviços de Reumatologia e Endocrinologia do ambulatório de pediatria do HULW. Caracteriza-se ainda, como pesquisa de campo de cunho descritivo e explicativo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com questões desenvolvidas com base nos objetivos deste estudo. As entrevistas foram realizadas no ambulatório de pediatria nos meses de Junho e Julho de 2018 e as respostas foram registradas integralmente no momento da entrevista, após esclarecimentos sobre a finalidade do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de inclusão na pesquisa, estabeleceu-se que os mesmos deveriam ser os responsáveis pelos usuários (crianças e/ou adolescentes) com diagnóstico de doença crônica, que estivessem em tratamento nas

especialidades de Reumatologia e Endocrinologia e utilizarem o TFD para acessar o serviço de saúde, ou seja, que não residem em João Pessoa e na grande João Pessoa.

Com vistas a atingir a finalidade proposta, a presente monografia está estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo trata sobre o contexto sóciohistórico da política de saúde, dando ênfase ao seu processo constitutivo, ao movimento de Reforma Sanitária que desencadeou o SUS, observando os desdobramentos destes nos governos de Lula e Dilma e os desafios à efetivação da política de saúde na atualidade, com o governo Temer. No segundo capítulo, a discussão se volta para a integralidade da assistência em saúde e a contribuição do programa TFD na promoção da saúde, além de destacar os hospitais universitários e suas particularidades na assistência a saúde. O terceiro e último capítulo analisa, com base nos dados coletados, a efetividade do TFD e os desafios para sua consolidação no auxílio aos usuários do HULW.

## **2 O CONTEXTO SÓCIOHISTÓRICO DA CONTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Este capítulo versa sobre o desenvolvimento da política de saúde e apresenta um resgate histórico com ênfase nos aspectos sociais, políticos, econômicos e os impactos desses determinantes na saúde que vai desde os primórdios da intervenção do Estado até a contemporaneidade. Especificamente, tratar-se-á sobre os principais traços do processo formativo da política de saúde, explanando o contexto de implementação do Sistema Único de Saúde, bem como sua orientação nos governos de Lula, Dilma e Temer, com ênfase nos desafios da política mediante a precarização da saúde.

### **2.1 Processo constitutivo da Política de Saúde brasileira**

Para compreender o processo constitutivo da política de saúde brasileira é necessário se atentar as particularidades que acompanham o processo formativo da atenção à saúde no país. Desse modo, destacam-se aqui algumas das articulações que se configuraram como as primeiras iniciativas para a promoção de saúde, se caracterizando como um modo de controle sanitário mínimo. (POLIGNANO, 2001).

Dada à ausência de um modelo sanitário e o aumento significativo das epidemias, que acometiam a população brasileira, surge à necessidade de erradicação da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz, então diretor do Departamento Federal de Saúde Pública propôs a imunização das pessoas através da vacinação. Porém, em razão da falta de esclarecimentos e da forma arbitrária como o método foi aplicado, desencadeou-se o movimento que ficou conhecido como revolta da vacina. Agregado a isso, têm-se a medida criada por Oswaldo Cruz, que diz respeito a obrigatoriedade da vacinação anti-varíola para todo o território Nacional, através da Lei Federal nº 1.261 de 31 de outubro de 1904. (POLIGNANO, 2001).

Ainda segundo o autor, as reformas promovidas por Oswaldo Cruz que foram incorporadas como ações de saúde, são: o registro demográfico, com a finalidade de conhecer a composição e os fatos importantes para a população; a inserção do laboratório como auxílio ao diagnóstico de doenças; e a fabricação organizada de produtos profiláticos (que atuam como medida preventiva de enfermidades) para uso da população.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, introduziu a propaganda e a educação sanitária; além de órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas; a expansão das atividades de saneamento para outros Estados, contribuindo para a redução da disseminação das epidemias, principalmente nos portos, visto que a base da

economia do Brasil naquele período era agro exportação do café. (MENDES, 1992 apud POLIGNANO, 2001).

Com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras, as ações se voltam para o campo e para o combate as endemias rurais. Tal articulação foi posta em prática pela SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública), no combate a diversas doenças, dentre elas: Chagas e Esquistossomose. (POLIGNANO, 2001).

É importante salientar que os desdobramentos que ocorreram no país se inserem num quadro social, político, econômico e/ou cultural e estão condicionados a essas dimensões. Assim sendo, as articulações supracitadas estão relacionadas as estratégias do sanitário campanhista. (MENDES, 1992 apud POLIGNANO, 2001).

Combinado a isso, tem-se a acumulação capitalista e os primórdios da industrialização do Brasil que propiciaram o aumento da urbanização e, por conseguinte a utilização de imigrantes como mão-de-obra nas indústrias. Em razão das precárias condições de trabalho, os operários que se viam desprovidos de quaisquer direitos, se organizaram, mobilizando os trabalhadores a lutarem por direitos trabalhistas. A partir daí, foram desencadeadas greves que possibilitaram a conquista de garantias sociais, no qual destaca-se a aprovação da Lei Elói Chaves, em 24 de janeiro de 1923, também considerada marco da previdência social no Brasil, que institui as Casas de Aposentadorias e Pensão (CAPs). (POLIGNANO, 2001). Sobre o funcionamento das CAPs, Bravo (2001) aborda que,

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2001, p. 3).

Nesse sentido, é necessário mencionar que a Lei atendia somente aos trabalhadores urbanos e sua criação dependia das mobilizações dos operários das empresas. A primeira CAP instituída foi a dos ferroviários, em 1923, e se deve a organização da categoria e sua importância para a manutenção da economia. Somente em 1926, foram criadas as CAPs para Portuários e Marítimos. Posteriormente, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que por sua vez, organizavam-se por categorias profissionais e não mais por empresas. Os IAPs eram instituídos com base na organização e mobilização dos trabalhadores e por importância do segmento profissional. (POLIGNANO, 2001).

Levando-se em consideração que é direito do trabalhador formal ter acesso à saúde, a assistência Médico-previdenciária foi se tornando cada vez mais objeto de discussão e reivindicação por parte das categorias beneficiadas pela Lei Eloy Chaves, que lutavam por uma maior assistência médica para os contribuintes, através do crescimento de um complexo-médico hospitalar. (POLIGNANO, 2001).

Em 1930, ocorre a revolução sob o comando de Getúlio Vargas, rompendo com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República. Após a vitória, foram realizadas modificações no estado, no que se refere à estrutura deste. Tais alterações objetivavam a promoção e ampliação da economia. (POLIGNANO, 2001). Algumas dessas transformações são citadas por Polignano (2001):

Foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e juntas de arbitramento trabalhista. Em 1934, com a nova constituição, o estado e o setor industrial através dele, instituiu uma política social de massas que na constituição se configura no capítulo sobre a ordem econômica e social. [...] Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária. Em 1937 é promulgada nova constituição que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura). O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçadas a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical. Em 1939 regulamentou-se a justiça do trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). (POLIGNANO, 2001, p. 9)

Ademais, é importante destacar que as mudanças ocorridas impactaram em toda a infraestrutura do país, principalmente nas regiões do nordeste, desencadeando grandes êxodos rurais. Nesse sentido, o Estado teria que lidar agora com os problemas relacionados à saúde e com o crescente número de trabalhadores vindos do campo que se aglomeravam nas cidades. (POLIGNANO, 2001).

Nesse momento, com uma população assalariada crescente, o governo de Getúlio Vargas tem suas bases sustentadas, através de um regime corporativista. É importante destacar que o objetivo destas ações era tão somente conter o movimento dos trabalhadores, mantendo-os sob o controle do Estado, para tanto seriam necessárias medidas, dentre elas as leis trabalhistas que procuram estabelecer garantias sociais aos trabalhadores. (POLIGNANO, 2001).

Sobre isso Bertolozzi e Greco (1996) relatam que,

O Estado Novo, marcadamente populista, absorveu os movimentos dos grupos e respondeu às suas reivindicações através da criação do Ministério do Trabalho e dos Institutos de Trabalhadores. (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 383-384).

Nota-se assim, a utilização de estratégias para contenção dos movimentos da classe operária, ao passo que, identificavam-se restrições à atuação dos governantes sobre os direitos da classe trabalhadora, visto que os apenas alguns segmentos eram acobertados por direitos sociais. Dessa forma, as articulações do Estado Novo se configuram como alternativas para manter-se no poder.

Ainda em 1930 ocorre a institucionalização da saúde, incorporando o Estado à política de saúde. (POLIGNANO, 2001). Neste momento – Era Vargas –, a Política de Saúde inicialmente se encontrava restrita e embora fossem identificados “avanços”, seu formato oferecia pouca cobertura aos doentes mais graves, sem mencionar que os operários que não possuíam carteira de trabalho eram classificados como indigentes, estando à mercê das entidades filantrópicas da época. Segundo Silva (1996) apenas em 1934 foi fundado o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, como forma de dar materialidade a centralização das ações pelo Governo federal, intensificado com o advento do Estado Novo de Getúlio Vargas. Posteriormente, o Departamento Nacional de Saúde coordenou as estruturas estaduais que foram unificadas, rompendo com as formas em que os Estados atuavam. Silva (1996), afirma ainda que,

[...] a assistência médica aos mais necessitados, eram providas por estados, municípios e instituições filantrópicas, enquanto as ações de saúde pública apareciam como soluções imediatas para controlar as ameaças de epidemias que pairavam sobre a população. (SILVA, 1996, p. 14-15).

É importante compreender que, a política de saúde no Brasil, assim como as outras políticas sociais foram criadas enquanto mecanismo do Estado para dar respostas às expressões da questão social, tendo em vista a reprodução da classe trabalhadora, mediante os primórdios do capitalismo no país e em decorrência disso, o aparecimento de mazelas sociais. Ademais, é interessante frisar que a política de saúde é perpassada pela contradição da vida social própria da sociedade capitalista, sendo resultante do poder de organização e de luta da classe trabalhadora. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Afinal,

A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde. Somente nos momentos em que determinadas endemias ou epidemias se apresentam como importantes em termos de repercussão econômica ou social dentro do modelo capitalista proposto é que passam a ser alvo de uma maior atenção por parte do governo, transformando-se pelo menos em discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixam de ter importância. (POLIGNANO, 2001, p. 2).

No início da década de 1940, ocorre a ampliação das organizações de saúde e o Departamento de Saúde pública passa a ter novas funções, dentre elas: a responsabilidade de organizar e fiscalizar as práticas de assistência sanitária e hospitalar, através de órgãos normativos; controlar das doenças transmissíveis; fiscalizar as questões ligadas à nutrição e a estrutura dos hospitais; e o papel de dar maior atenção aos programas relacionados às doenças mentais e degenerativas, com a criação de serviços especializados (Instituto Nacional do Câncer). (POLIGNANO, 2001).

Com o intuito de colocar em prática as funções citadas acima, dividiram-se regiões sanitárias no país, localizados em pontos estratégicos, com o intuito de evitar a propagação de endemias. Nesse momento, as campanhas sanitárias ganham maior repercussão e são considerados métodos eficientes no que diz respeito ao controle das doenças, passando a ser constituído pelos Serviços de Tuberculose, Peste, Malária e Febre Amarela, além do Departamento Nacional da Criança. (SILVA, 1996).

Polignano (2001) relata ainda que nesta ocasião, os programas de abastecimento de água e construção de esgotos ganharam maior destaque na esfera da saúde. Em 1942, instituiu-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), responsável pela introdução de programas de saúde e saneamento, com vistas a contribuir para o desenvolvimento econômico nacional e internacional, além de ser um órgão autônomo do Ministério da Educação e Saúde. O SESP tinha como objetivo dar suporte aos programas de desenvolvimento econômico através articulações com as Secretarias Estaduais de Saúde. Privilegiava programas como: Assistência médica integral; educação sanitária; assistência técnica em saúde e saneamento; divulgação de tecnologia; realização de pesquisas e formação de pessoal técnico especializado. (SILVA, 2018). É importante destacar que, embora a saúde neste momento esteja passando por mudanças,

A escassez de recursos financeiros associado à pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época. (POLIGNANO, 2001, p. 12).

Evidencia-se assim, que os interesses do Estado baseavam-se apenas em ações que não proporcionava efetivas transformações na realidade da população. Além disso, é pertinente mencionar que neste momento, existiam três modelos de atenção à saúde neste período: Público, Privado e Previdenciário. Embora, o modelo que se verifique maior investimento seja o Sistema Médico Previdenciário, incidindo de forma intensa sobre a população, tendo em vista o

predomínio das novas doenças que impossibilitavam o trabalhador de permanecer no mercado de trabalho. (POLIGNANO, 2001).

Em 1953, ocorre a separação do Ministério da Educação e Saúde Pública, porém esse desmembramento do Ministério da Saúde não significou uma alteração significativa no modo como se conduziam as questões de saúde. De acordo com Bertolozzi e Greco (1996), com a separação, o ministério da saúde passou a estar financeiramente frágil, posto que lhe cabia apenas a menor fração do orçamento que tinham anteriormente, isto é, um terço do imposto sobre educação e saúde.

Em 1956, no período em que se predominava o sanitarismo desenvolvimentista do Governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), com a finalidade de tratar doenças como: Chagas, Malária, Tracoma e Esquistossomose. É possível identificar nesse período, a aceleração da industrialização e da produção de bens de capital, além do crescimento dos laboratórios farmacêuticos, que se configuram na expansão do Mercado em saúde. (POLIGNANO, 2001).

De acordo com Braga (1978), o processo de industrialização e o capitalismo emergente no Brasil passa a exigir do Estado maior atenção e os problemas de saúde são lateralizados. Desta feita,

Temos [...] de um lado, a política de saúde pública precária, praticamente estacionada desde 1956, [...] de outro, um sistema previdenciário incapaz de atender não só as demandas por assistência médica individual quanto atender os requerimentos de saúde coletiva acumulados ao longo do tempo. (BRAGA, 1978, p. 17).

Nesse sentido, o caminho recessivo trilhado pela política de saúde é decorrente da conjuntura política desfavorável a sua implementação, ou seja, o Brasil estagnou-se ao ponto de não conseguir atender as necessidades básicas da população.

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) têm-se como resultado do desenvolvimento histórico do sistema de saúde, o complexo médico industrial. Este se configura como resultado da relação entre a importância da medicina para a sociedade e o papel da tecnologia dentro do sistema capitalista, estando diretamente relacionado à evolução tecnológica nas indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos. (VIANNA, 2002).

É notório que a descoberta de novos medicamentos teve grande influência sobre a prática médica, impactando fortemente sobre a saúde da população. Os medicamentos que agora, tratariam os antigos problemas de saúde se mostravam como um enorme avanço da sociedade. Posteriormente, com o advento do setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos

surge à necessidade de novas especialidades e especialistas para que pudessem utilizar os novos equipamentos, de modo a atender as demandas emergentes. Para isso, seriam necessárias adaptações em todo o sistema, posto que a prática da medicina já não podia mais ser exercida com qualidade sem o auxílio da tecnologia, além dos exames complementares que se faziam necessários. Além disso,

O padrão de acumulação de capital estava condicionado pelos avanços tecnológicos que ocorriam nos setores farmacêuticos e de equipamentos médicos. Para o setor privado, abriu-se enorme janela de oportunidades. Criaram-se várias trajetórias tecnológicas, que podiam ser exploradas com elevado grau de cumulatividade e apropriabilidade. Os retornos eram tão substanciais que a indústria farmacêutica passou a ter uma das mais altas taxas de lucratividade da economia. (VIANNA, 2002, p. 379).

É importante destacar que o avanço da tecnologia trouxe algumas consequências, dentre elas: Os altos custos da prática da medicina; competições industriais, tanto na área farmacêutica quanto na de equipamentos; o crescimento da demanda e a pressão da população sobre o setor público, exigindo maiores investimentos na área da saúde; Em resumo: “A saúde tornou-se uma mercadoria para ser vendida e comprada, normalmente a um custo elevado.” (VIANNA, 2002, p. 378). Certamente, o complexo médico-industrial pauta-se nos interesses capitalistas que nos leva a análise acerca da hegemonia desse modo de produção e sua dominação sobre as relações sociais, posto que,

O complexo médico-industrial é, pois, resultante de uma etapa particular do desenvolvimento capitalista da área médica, no qual as práticas privadas e capitalistas tornaram-se hegemônicas e determinantes das funções e relações de cada ator no interior do setor saúde. (VIANNA, 2002, p. 381).

Ademais, é visível que o Estado também é utilizado como instrumento de consolidação desse monopólio. Principalmente, porque neste momento a política de saúde tem como características predominantes: a ênfase na prática médica curativa, individual, na perspectiva assistencialista. Bravo (2001) afirma ainda que, há um privilégio dos interesses do capital, através do complexo médico-industrial responsável pela acumulação de capital das grandes empresas internacionais na área da produção de medicamentos e de equipamentos médicos.

Assim sendo, o complexo industrial da saúde envolve transformações na estrutura produtiva, nas estratégias das organizações públicas e privadas, nas formas de atuação do Estado e na organização dos serviços de saúde. (GADELHA, 2003). Desse modo, a implementação do complexo Médico-Industrial movimenta toda a estrutura social do país, tendo em vista que o setor de saúde passa a carecer da tecnologia para atender e solucionar os problemas de saúde.

Com isso, o custo da saúde se eleva, fazendo com que a população mais vulnerável não tenha condições de acessar os serviços, bem como adquirir os medicamentos necessários.

Concomitante a isso, tem-se a eclosão da Ditadura Militar em 1964, que de acordo com Bravo (2001), privilegiou o setor privado e “Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.” (BRAVO, 2001, p. 6).

Este momento da história é considerado repressivo e ditatorial, devido ao modo arbitrário em que as relações eram conduzidas, no que se refere à supressão de todo e qualquer tipo de manifestação e/ou expressão de caráter político ou ideológico que contrariasse o regime em vigor. Contudo, é necessário destacar que, a Política de Saúde cresce consideravelmente nesse período, ao passo que são implementadas novas tecnologias na saúde, que claramente demonstraram a intensão de que a política assumisse de forma consoante as características do capital, tendo em vista o apogeu do capitalismo internacional no Brasil. (BRAVO, 2001).

É pertinente considerar que no período militar houve um crescimento econômico, porém essa expansão econômica não propiciou um progresso no âmbito social, ao contrário significou a concentração de riqueza nas mãos do capital, a estagnação dos salários, o aumento dos preços, a precarização dos transportes públicos, da saúde e o fim do direito a greve. Sinteticamente, o modelo econômico vigente privilegiava o desenvolvimento baseado na concentração de riqueza pelo setor privado. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Bravo (2001) destaca que o,

[...] Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital. (BRAVO, 2001, p. 6).

Desse modo, percebe-se que a atuação do Regime Militar estava direcionada a formulação de políticas sociais, mas com a finalidade de legitimar o governo perante a sociedade. Além disso, nota-se que a política de saúde, especificamente, era utilizada no regime militar como forma de mercantilização da saúde, tendo em vista o incentivo a privatização da saúde. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A conjuntura desfavorável que o país se encontrava apontava para a necessária transformação da realidade e reorientação do modelo assistencial vigente. A partir das tensões sociais se estabelecem as mobilizações sociais em prol da redemocratização e por melhores

condições de vida. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). É nesse contexto que se iniciam as discussões sobre a emergência de uma reforma sanitária do país.

## **2.2 Direito à saúde no Brasil: do movimento social ao SUS**

É indiscutível que as mudanças políticas, econômicas, sociais provocaram impactos em toda a estrutura do país. Esses efeitos se evidenciam com a eclosão de uma grande crise do modelo econômico adotado até o momento, fazendo com que o sistema de saúde coloque em cheque seu modo de organização do trabalho.

Além disso, o contexto de instabilidade econômica, política e social decorrentes do regime militar, contribuíram para pensar outras formas de organização da política de saúde enquanto uma política universal, servindo de temática para vários debates sobre o movimento sanitário e a participação da sociedade civil nesse processo.

Sobre isso, Bravo (2001) afirma que,

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre o setor estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. (BRAVO, 2001, p. 8).

Com o retorno ao país, de sanitaristas que tinham se exilado em virtude do regime Militar, são reorganizados alguns dos movimentos de saúde no Brasil, dentre eles: o Movimento de Renovação Médica, o Movimento Popular em Saúde e posteriormente a expansão dos Movimentos Sociais em todo o território nacional. Outro aspecto importante diz respeito ao início do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que vai se caracterizar como primeiro programa de medicina simplificada do nível Federal e que permite a inserção de técnicos provenientes do Movimento Sanitário. (POLIGNANO, 2001).

Em 1975, instituiu-se o Sistema Nacional de Saúde, que estabelece o campo de ação na área da saúde, dos setores públicos e privados para a execução de atividades que visassem à promoção, proteção e recuperação da saúde, além de definir que a medicina curativa seria de responsabilidade do Ministério da Previdência e a medicina preventiva ficaria a cargo do Ministério da Saúde. No entanto, o Estado destinou recursos insuficientes para o Ministério Saúde, o que ocasionou o predomínio da medicina curativa. (POLIGNANO, 2001). Conforme aponta Bravo (2001), quando diz a ênfase da política de saúde neste contexto, se configura pela predominância da participação da Previdência Social por meio de ações curativas sob o comando do setor privado.

Entretanto, a crise econômica trouxe instabilidades ao modelo de saúde previdenciário, tendo em vista a diminuição do crescimento econômico; o modelo proposto (Medicina curativa) que se via incapaz de solucionar os problemas de saúde coletivos, como as epidemias e endemias, além de serem centradas na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; a exclusão das pessoas que não possuíam capacidade laborativa (marginalizados); os constantes desvios de verbas do sistema previdenciário; e o não repasse dos recursos pela união. (POLIGNANO, 2001).

Além disso, o modelo previdenciário começa a apontar sua ineficiência, visto que, não consegue solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as epidemias, demonstrando problemas que iam desde a estrutura, como por exemplo, a incapacidade de atender toda população e a recorrência de problemas relacionados à gestão do serviço com o desvio das verbas da previdência para outros setores públicos. (POLIGNANO, 2001).

Sobre isso, é importante destacar que as mudanças e implementações que ocorreram ao longo da trajetória da Política de Saúde são marcadas por tensões que atingiram principalmente os trabalhadores e/ou aqueles em situação de vulnerabilidade social, decorrentes da falta de espaço no mercado de trabalho ou em razão da perda de sua capacidade laborativa. Uma vez que historicamente, as políticas são seletivas e excludentes, tendo em vista que os detentores dos meios de produção são beneficiados em detrimento dos menos favorecidos. (POLIGNANO, 2001).

Com relação aos investimentos na saúde, nota-se que o sistema de saúde começa a se vincular ao setor privado, que de forma estratégica, se utiliza do Estado como suporte aos seus interesses, ao mesmo tempo em que se mostra prestador de serviços públicos de saúde. Neste ensejo, nota-se que o Estado transfere a responsabilidade das políticas sociais para o setor privado como forma de reduzir os gastos sociais. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Ademais, Paim et al (2011, p. 17) afirmam que “[...] a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas [...]”. Ou seja, além de todas as “artimanhas” já implementadas, eclodem ainda alternativas de desvio de responsabilidades. Em suma,

[...] a saúde pública se destacava pela ausência de articulação efetiva entre os diversos órgãos e ações desenvolvidas. A insuficiência de recursos impedia a realização de atividades mais adequadas à promoção da saúde da população. Nas ações desenvolvidas em regime de colaboração entre as esferas de Governo, era visível o desaparelhamento físico-financeiro de estados e municípios para arcarem sozinhos com os problemas de saúde. A falta de controle sobre as ações e a duplicidade de comando nos programas ministeriais, eram reflexos negativos do tratamento secundário dispensado ao setor. (SILVA, 1996, p. 22).

Verifica-se assim, um total descaso com a saúde, tendo em vista que o Estado não mais atendia as demandas da população que necessitava de melhores condições de saúde. Por outro lado, a sociedade começava a desenvolver um pensamento crítico direcionado a necessária e urgente mudança no sistema de saúde. (SILVA, 1996).

É nesse momento que entra em jogo o movimento de reforma sanitária, que segundo Paim et al (2011), se apresentava como um movimento distinto de todos os outros, pois era composto por iniciativas de vários setores, inclusive partidos políticos de esquerda (na época, considerados ilegais) professores, pesquisadores, profissionais da saúde e sindicatos.

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro coloca a saúde como uma questão social a ser resolvida pelo poder público. Por conseguinte, as articulações do movimento sanitário se expandem, a ponto de formarem alianças com gestores e movimentos sociais da época, dando impulso à realização da VIII Conferência Nacional da Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde acontece em 1986 e tem como tema: “Saúde, direito de todos e dever do Estado”. Essa conferência resultou no relatório final que foi decisivo para Constituição Federal de 1988, em que foi instituído o SUS. (BRASIL, 2007).

As discussões realizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde tinham um cunho distinto das conferências realizadas anteriormente, visto que, tratavam sobre o direito à saúde, colocando à tona a política de saúde como uma questão a ser debatida pelo conjunto da sociedade. Desse modo, é relevante enfatizar que tal acontecimento foi um marco importante para a saúde brasileira, principalmente por ter como característica a participação popular, fundamental para que se obtivessem avanços, de modo a provocar mudanças no quadro de saúde.

Além disso, foram também aprovadas nessa conferência, às diretrizes do SUS, que, posteriormente, foram materializadas por meio das leis 8.142/1990, que diz respeito à participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros e a lei 8.080/90, que trata sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Ademais, as conferências de saúde se tornaram instâncias de participação popular, com cooperação de entidades ligadas à saúde, trabalhadores da área da saúde, gestores, e prestadores de serviços de saúde. (BRASIL, 2007). Vale salientar que tais implementações tinham como finalidade responder de forma resolutiva as mudanças demográficas e epidemiológicas do país, na promoção do cuidado e da segurança dos usuários, buscando, assim, efetivar, o direito à saúde inscrito na Constituição de 1988. Embora,

A mudança na política de atenção à saúde, para ser alcançada, deveria ser precedida de políticas que garantissem a transformação das relações entre o setor público e privado; a descentralização das operações; o controle e avaliação

dos serviços; a otimização da rede pública; o estabelecimento de fundos de gestão financeiros nas três esferas de Governo; o desenvolvimento de canais efetivos de participação da sociedade; e, a universalização do acesso aos serviços no meio urbano e rural. (SILVA, 1996, p. 49).

Assim sendo, a efetividade das mudanças implementadas na constituição de 1988, apesar de serem importantes mecanismos para transformação da realidade necessita de um contexto favorável a sua consolidação, bem como a participação social como instrumento fiscalizador das políticas sociais.

Segundo BRAVO (2001, p. 9-10), a Constituição de 1988, representou “[...] a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social e [...] introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais”. Que se denotam através dos aspectos sociais, demográficos, econômicos, políticos e culturais que sofrem modificações constantes ao longo dos tempos e que implicam diretamente nas condições de vida da sociedade. (PAIM et al, 2011).

Desta feita, a Constituição de 1988 em seu artigo 196 vem declarar:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988)

É importante ressaltar que a conquista do SUS tem como característica essencial, a condução pela sociedade civil, além de se apresentar como porta de entrada para aqueles que não tinham acesso à saúde, na perspectiva do direito universal, conforme aponta Polignano (2001) quando coloca que,

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. (POLIGNANO, 2001, p. 22).

Ademais, o processo de implementação da reforma sanitária significou muito mais do que a concretização de objetivos assinalados pela Constituição de 1988, mas um processo de construção da política de saúde, que anteriormente era esvaziada de suporte político. (PAIM et al, 2011). Significou a concretização das lutas da população pelo direito à saúde e contra as limitações do modelo médico assistencial previdenciário. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Outro aspecto importante diz respeito à Lei Orgânica da Saúde (LOS) que serve como regulador das ações e serviços de saúde no território Nacional, estabelecendo os princípios, as

diretrizes e os objetivos do SUS: a universalidade, que determina que todos os cidadãos tenha acesso à saúde, sem qualquer tipo de discriminação; a equidade, que diz respeito à justiça social, ou seja, a garantia de que todas as pessoas, em igualdade de condições, tenham acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema (básica, média e alta); a integralidade que se refere às ações de promoção, proteção, reabilitação e prevenção à saúde que devem estar sistematizados na prestação de serviços, de modo a atender toda e qualquer demanda nos seus respectivos níveis; a descentralização da saúde que diz respeito ao compartilhamento do poder e da responsabilidade pelos serviços de Saúde, nos níveis Municipal, Estadual e Federal; e a participação popular, que diz respeito à garantia constitucional de que a população participe do processo de formulação e avaliação da política de saúde, além do controle de sua execução, permitindo assim a possibilidade de fiscalização dos serviços pelos cidadãos, além da participação da sociedade civil por meio dos conselhos que são compostos pelos representantes da sociedade. (BRASIL, 1990).

Além disso, a Lei Orgânica da Saúde também vem tratar acerca da participação comunitária, dos conselhos de saúde e suas determinadas funções, mencionando que os serviços privados de saúde podem participar do SUS, mesmo que de forma complementar. (BRASIL, 2006).

É importante destacar que o SUS tem como funções,

[...] a realização de ações de promoção à saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar [...] o cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar. (PAIM et al, 2011, p. 20).

Menicucci (2006) aponta que, a reforma da política de saúde “[...] exige decisão e iniciativa governamental, e instrumentos para efetivá-la, dentre os quais a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado [...]” (MENEUCCI, 2006, p. 74), essas características levam a seguinte análise: o contexto de implementação do SUS se encontrava desfavorável a sua efetivação, pois o fato da saúde estar formalmente assegurada pela constituição de 1988 não garante a sua realização de fato. De acordo com Fleury y Teixeira (1990),

A reforma sanitária, ao materializar um corpo legal, seus princípios doutrinários e as estratégias organizacionais, levou à sobrevalorização dos aspectos formais, que, ainda que imprescindíveis, não são suficientes para a garantia da concomitância dos processos reais, em uma cultura em que o mundo da norma legal e o mundo da vida nem sempre se correspondem. (FLEURY TEIXEIRA, 1990, p. 47).

Tal assertiva é vislumbrada ao passo que, as conquistas da Reforma Sanitária foram sendo substituídas pelas políticas focalizadas e fragmentadas, privilegiando o setor privado, juntamente com o apoio da refilantropização das políticas sociais públicas. Além disso, não se pode omitir que o Brasil estava passando por um processo de mudanças político-econômicas, em decorrência da programática neoliberal<sup>1</sup> instituída no país, nos anos 1990 e que consequentemente provocou desfechos no processo de consolidação do SUS. (KRUGER, 2014).

Em decorrência da política neoliberal ocorre à flexibilização do SUS, se configurando nos inúmeros ataques ao sistema em sua primeira década, principalmente porque o SUS se apresenta como um direito universal, rompendo com a perspectiva de que só tem direito aqueles que estiverem sujeitos ao trabalho formal. (KRUGER, 2014).

Kruger (2014) afirma ainda que, “a implementação do SUS se deu com a intensificação das práticas políticas e econômicas neoliberais e da perda substantiva do conteúdo progressista da democracia” (KRUGER, 2014, p. 219). Os efeitos da programática neoliberal em curso no país se tornam mais evidentes quando o SUS passa a se afastar da sua forma inicial de gestão garantido pela Constituição de 1988, verificado através do caráter focalizado que o SUS passa a possuir; a aproximação com a relação público-privada e a falta de capacitação dos gestores do SUS. (KRUGER, 2014).

Ao analisar o contexto dos anos 1990, nota-se que os desafios para a sustentabilidade do SUS são postos como obstáculos substanciais a base estruturada pela reforma sanitária. Dessa forma, a efetividade dos princípios do SUS encontra impedimentos de caráter estrutural e conjuntural que se refletem no quadro epidemiológico do país. Os desafios estruturais e conjunturais estão relacionados à desigualdade social do país e o prevailecimento do modelo assistencial privatista, somado ao conservadorismo no plano político, econômico e social, norteadas pela programática neoliberal. (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Nesse sentido, é importante discutir aqui, a contribuição dos governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) para a hegemonia da ofensiva neoliberal, tendo em vista que na agenda governamental estão às reformas constitucionais e a privatização das empresas estatais, como é o caso das telecomunicações e da indústria de petróleo. Assim, se de um lado o Estado tem sua participação reduzida nas atividades econômicas, por outro lado, os grandes empresários nacionais e internacionais são privilegiados. Além disso, a desregulamentação dos mercados e abertura econômica também fazia parte dos planos do governo. Em suma: “Fernando Henrique

---

<sup>1</sup> O neoliberalismo se refere ao conjunto de ideias políticas e econômica que defende um Estado mínimo, que interfira apenas nos casos extremos através de políticas assistenciais e que defende também o livre mercado. (NETTO, 2012).

Cardoso [...] lançou as bases do que seria um novo modelo da relação Estado-mercado, passando ao setor privado boa parte de um imenso patrimônio acumulado ao longo de algumas décadas.” (COUTO; ABRUCIO, 2003, p. 4).

Esses desdobramentos advindos da programática neoliberal colocam em cheque as conquistas do Sistema Único de Saúde, assegurado pela constituição de 1988, no que se refere ao SUS legal e o SUS real, afetando diretamente o funcionamento do sistema, principalmente no que diz respeito a suas bases de financiamento, que agora é tensionado pelo modelo econômico vigente de retração de gastos públicos com investimentos sociais, tendo em vista a estabilização monetária do país. (CARVALHO, 2018).

Em 1991, é editada a primeira Norma Operacional Básica do SUS (NOB) com o intuito de regulamentar o artigo 35 da Lei orgânica da Saúde, que segundo Polignano (2001),

[...] definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc. (POLIGNANO, 2001, p. 26)

Além disso, instituía-se através da NOB 01/91 que os Estados e municípios passariam a receber por produção de serviços de saúde, seguindo a lógica dos prestadores privados, isto é, impõe-se que o serviço de saúde seja avaliado pela quantidade de procedimentos realizados, independente da qualidade destes serviços, bem como os resultados atingidos. (POLIGNANO, 2001).

É necessário mencionar que as NOBs, que tem por finalidade, regulamentar a descentralização da saúde, assim como as questões ligadas a gestão da saúde na perspectiva de operacionalização do SUS. (BRASIL, 2006). Ademais, a NOB tem como objetivo controlar as transferências de recursos da união para os estados e municípios, programar as ações, bem como os mecanismos de controle social. (POLIGNANO, 2001). Vale salientar que, as propostas da NOB passam por outras instâncias deliberativas e são determinadas por comissões intergestoras e conselhos de saúde em todas as esferas do governo (Municipal, Estadual e Nacional). (BRASIL, 2006).

Em 1993 é estabelecida outra NOB, que segue um caminho distinto do percorrido pela NOB 01/91. Segundo Polignano (2001),

A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas, gestão para a habilitação dos municípios e segundo o tipo de gestão implantado [...] haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros. (POLIGNANO, 2001, p. 26).

Entretanto, é notório que para se colocar em prática qualquer norma é necessário que se tenha instrumentos para sua consolidação. Nesse sentido, todo o empenho da NOB 01/93 em traçar o processo de descentralização vai de encontro aos instrumentos legais de gestão da política de saúde, bem como a administração exercida. (SILVA, 1996).

Silva (1996, p. 59), coloca que “o Ministério da Saúde tenta contemplar os desequilíbrios de capacidade física, gerencial, política e financeira dominantes no setor saúde”. Nota-se assim que ao estabelecer instâncias que hierarquizam a tomada de decisões, de modo a formalizar as ações, tem-se como consequência o não atendimento das demandas, o que causa desequilíbrios na medida em que os processos políticos nos estados e municípios não conseguem avançar de forma igualitária, havendo uma perda do controle da situação.

Em 1996 é editado a NOB 01/96, que é considerada uma importante conquista do SUS, posto que a mesma revoga as NOBs editadas anteriormente, tendo como aspecto marcante a consolidação da municipalização. (POLIGNANO, 2001, p. 28). Nesse sentido, a NOB 01/96 sugere aos municípios que se adaptem aos dois modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Em síntese, diz respeito à transferência de responsabilidade da gestão da saúde para os municípios, que por sua vez redefine o papel dos municípios, fazendo com que os mesmos assumam a gestão da saúde. (POLIGNANO, 2001).

Desse modo, determina-se que nos modelos de Gestão Plena de Atenção Básica e de Gestão dos Sistemas Municipais, os munícipes têm como funções: Elaborar a programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial e especializada e hospitalar; Gerir as unidades próprias ambulatoriais e as unidades do Estado e/ou da União, além dos hospitais de referência; o cadastramento Nacional dos usuários do Sistema Único de Saúde; a Realização de serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo Piso Assistencial Básico (PAB<sup>2</sup>) para os casos de referência interna e/ou externa ao município; a Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB e dos ambulatórios e hospitalares; Normalizar e operacionalizar as centrais de procedimentos ambulatoriais e hospitalares; A operação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), conforme normas do Ministério da Saúde e alimentação, junto às Secretarias Estaduais de Saúde, dos bancos de dados nacionais; realizar as autorizações de Internações Hospitalares e procedimentos ambulatoriais

---

<sup>2</sup> O Piso Assistencial Básico (PAB) diz respeito aos recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica. O Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita pela população de cada município e é transferido ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios. (POLIGNANO, 2001, p. 30).

especializados, além de fiscalizar tais ações; e por fim, a realização das ações de vigilância sanitária e de epidemiologia. (POLIGNANO, 2001). O autor destaca ainda que,

Uma das alterações mais importantes introduzidas pela NOB 96 refere-se a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo per-capita (PAB) e não mais vinculado a produção de serviços, o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população. (POLIGNANO, 2001, p. 30).

Vale salientar que, as mudanças realizadas na NOB 01/96, assim como a política de saúde dependem substancialmente de determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais para sua concretização. Nesse sentido, é necessário compreender que a municipalização da saúde enfrenta desafios que impossibilitam alterações significativas no quadro de saúde, ou seja, para que as Normas Operacionais Básica do SUS se efetivem é necessário que a conjuntura seja favorável a sua execução.

Das conquistas da década de 1990, podemos destacar também o Programa de Saúde da Família (PSF); o Programa Nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS; a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; o modelo de Atenção à saúde Indígena. (PAIM et al., 2011).

Outro marco importante da política de saúde foi pacto pela saúde – desencadeado a partir de 2003, com aprovação na gestão de Lula – que diz respeito ao conjunto de reformas do SUS a serem executadas pelos gestores das esferas governamentais (União, Estados e Municípios). Em outras palavras, o pacto pela saúde tem como finalidade redefinir as responsabilidades com a finalidade de proporcionar inovações na gestão da saúde, na organização das ações e serviços de saúde e na preservação dos princípios do SUS. Segundo Schneider et al. (2009), o pacto pela saúde visa “contribuir na qualificação de um conjunto de questões que ainda são entraves na implementação e funcionamento do SUS e que impedem a radicalização da reforma sanitária brasileira”. (SCHNEIDER et al. 2009, p. 7).

Desse modo, é importante destacar que o Pacto pela Saúde é formado por três dimensões interligadas: o Pacto pela Vida, que tem como função definir as metas dos gestores das três esferas, com o intuito de melhorar as condições de saúde da população; o pacto em defesa do SUS que tem como finalidade discutir a legislação do SUS, a fim de assegurar que os princípios da reforma sanitária sejam efetivados, fortalecendo o debate acerca do direito à saúde como conquista da sociedade civil; e o pacto de gestão do SUS, que tem suas diretrizes voltadas para a gestão participativa, discutindo assuntos como: a regionalização, o financiamento, o planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da

Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e controle social, à gestão do trabalho e à educação na saúde. (SCHNEIDER et al. 2009). Assim sendo,

[...] o Pacto se constitui a partir de uma unidade de princípios que buscam: respeitar as diferenças locais e regionais; reforçar a organização das regiões sanitárias (regionalização) instituindo mecanismos (colegiados) de cogestão e planejamento regional; qualificar o acesso ao direito humano à saúde; redefinir instrumentos de regulação, programação e avaliação; valorizar a cooperação técnica entre os gestores; unificar os diversos pactos existentes; estimular o financiamento tripartite com critérios de equidade nas transferências fundo a fundo e fortalecer o controle social. (SCHNEIDER et al. 2009, p. 15).

Contudo, é sabido que assim como as demais políticas sociais, a política de saúde sobre as inferências conjunturais seja pela falta de recursos, sistemas de incentivo, estrutura organizacional e/ou gestão. Nesse sentido, destaca-se que em tempos de precarização da saúde, os sistemas de saúde precisam se adaptarem as mudanças contextuais. Embora no Brasil tenham sido desenhadas inúmeras ações voltadas à saúde, a efetividade dessas ações ainda está longe de gerar resultados coerentes com as finalidades do SUS, em razão da insuficiência de recursos para provimento das demandas em saúde. (BRASIL, 2012).

Com vistas à modificação do quadro de saúde é organizada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), regulamentada pela portaria 4.729/2010, na gestão do então presidente Lula. Esta portaria trata dos fundamentos conceituais e operativos da RAS e define os elementos constitutivos das redes, bem como as diretrizes para organização das redes. As diretrizes apontadas pela portaria 4.729 são:

I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção II. Fortalecer o papel dos CGR no processo de governança da RAS III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde. IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS. (BRASIL, 2012, p. 64).

Dessa forma, a RAS tem como particularidade, os princípios da regionalização e a integralidade na saúde. E seu objetivo consiste em fazer com que as demandas sejam atendidas no período concernente a necessidade, ou seja, fazer com as ações e serviços de saúde cheguem até a população de maneira universal e igualitária. (PUPO et al. 2014). A Rede de Atenção à saúde é também uma estratégia de superação da fragmentação da atenção e gestão da saúde, de modo a fortalecer a política de saúde. (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A operacionalização das RAS tem sua estrutura baseada nas condições de saúde da população e busca fazer com que o indivíduo tenha acesso ao ciclo completo de atendimento que vai desde a atenção básica até a média e alta complexidade, também chamada de atenção primária, secundária e terciária. Além disso, têm-se como aspecto importante nas redes, a integralidade que se refere às ações de promoção e prevenção da saúde, gestão das condições de saúde, e intervenções a fim de proporcionar cura, reabilitação e cuidados paliativos. (MENDES, 2011).

Para compreender melhor o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, faz-se necessário abordar de forma sintética os níveis de complexidade, tendo em vista que os mesmos são utilizados para efetivação dessa estratégia.

A atenção básica é um dos modelos que mais se aproxima da população, por utilizar-se de procedimentos que favorecem o acesso dos usuários aos serviços. Além disso, a atenção básica é um serviço de grande importância, principalmente por priorizar os grupos considerados de risco, tendo sua atuação voltada também para o atendimento em domicílios, com ações intersetoriais, que garantam o acesso da população a esse modelo de atenção. (CAVALCANTI; ARAÚJO, 2015).

A média e alta complexidade se refere às ações e serviços de saúde que exigem a utilização de equipamentos e profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos para o apoio de diagnóstico e tratamento. Esse modelo é caracterizado pelos procedimentos com alto consumo de recursos assistenciais, que tem como objetivo, propiciar a população acesso a serviços qualificados, integrando aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007 apud ARAÚJO, 2016).

Ademais, as Redes de Atenção à Saúde possui três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A população na RAS está relacionada à identificação das necessidades de uma determinada população, bem como a realização de intervenções sanitárias, com a finalidade de prover o cuidado, respeitando o contexto e a cultura desses indivíduos. O conhecimento dessa população para atuação da RAS, coordenado pela Atenção primária, passa por várias etapas: a territorialização, que se refere ao cadastro das famílias; a classificação dessas famílias por riscos sociosanitários; o encaminhamento das famílias às unidades básicas de saúde; a identificação da população em risco e com condições de saúde mais graves. Já a estrutura operacional se refere às interligações essenciais entre a rede. Essa estrutura é constituída de cinco componentes: a atenção primária como centro de comunicação; a atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio que são: a assistência farmacêutica, os sistemas de apoio diagnósticos e terapêutico, de informação e de teleassistência;

os sistemas logísticos, que referem aos registros eletrônicos de saúde, aos sistemas de regulação da atenção e transporte; e os sistemas de gestão da Rede de Atenção à Saúde. Por fim, os modelos de atenção que são instrumentos de organização do funcionamento das redes. Sua finalidade consiste em analisar a população, os focos e os tipos de intervenções sanitárias de acordo com a situação demográfica e epidemiológica, bem como os determinantes sociais da saúde. (BRASIL, 2012).

Portanto, essa organização por meio das Redes de Atenção à Saúde visa garantir aos cidadãos o efetivo acesso à saúde com equidade e integralidade, colocando à disposição da população, atendimentos de acordo com a necessidade apresentada. Porém, para que as RAS consiga atingir seus objetivos, é necessário muito mais do que a sua regulamentação, é preciso que haja disponibilidade orçamentária para provimento de insumos, além da fiscalização e controle por parte dos usuários.

### **2.3 A Política de Saúde nos governos Lula e Dilma**

Ao analisar, os anos 2000, mais especificamente, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) percebe-se que as ações de saúde neste momento da história assinalam o compromisso com a expansão e fortalecimento dos programas de saúde, especialmente o Programa Saúde da Família, através do aumento do financiamento e da ampliação de equipes de saúde da família. Além disso, ressalta-se, o fortalecimento dos vínculos dos hospitais universitários (HUs) com o Sistema Único de Saúde, que se materializam através de ações, tais como: a nova forma de financiamento dos HUs; a estruturação do serviço de emergência, com o lançamento do Programa Nacional de Atenção Integral às Urgências; e o estímulo e apoio à criação de Centrais de Regulação Regionais das Urgências. Sobre as questões relacionadas à assistência farmacêutica, verificou-se também a ampliação de laboratórios oficiais e a criação das farmácias populares; além do aumento da fiscalização e controle dos medicamentos. (BRAVO; MENEZES, 2011).

Kruger (2014) também destaca alguns aspectos positivos do governo Lula tais como: a retomada da concepção de Reforma Sanitária em discursos e documentos do Ministério; a escolha de profissionais comprometidos com a política de saúde; o retorno da concepção de Seguridade Social, embora desarticulada da previdência e da Assistência Social; a aprovação da política de atenção básica em 2006; a Estratégia de Saúde da Família como serviço estruturante e porta de entrada para acesso ao Sistema Único de Saúde; o incentivo a qualificação dos profissionais de saúde; e a aprovação da política nacional de medicamentos.

Entretanto, ao observar de forma geral a forma de condução da política no governo Lula, identificam-se vertentes progressistas, mas sem hegemonia da teoria social crítica, ou seja, há uma ausência de um norteamento político que direcione para a superação da ordem social vigente. É nessa perspectiva que Bravo (2001) denota o governo Lula, como um governo de coalizão, visto que, ao mesmo tempo em que há um retorno da concepção da Reforma Sanitária na política de saúde, há também um reforço da polarização dos dois projetos de saúde que vem desde a década de 1990, que são: o projeto de saúde pública e o projeto privatista da saúde, enfatizando as ações de focalização e o desfinanciamento.

Permanece assim, uma tensão entre os projetos de saúde – em um dado momento reforçando o projeto da reforma sanitária, em outro o projeto privatista – que perpassa o governo Lula, e se reproduz no governo Dilma, visto que, há um enfoque do governo na gestão e no custo-benefício dos serviços públicos, e isto se reflete pela “relação público e privado na saúde que está continuamente sendo refuncionalizada, adquirindo conteúdo distinto no âmbito do novo desenvolvimentismo” (KRUGER, 2014, p. 222).

Nesse sentido, pode-se perceber que, os impulsos progressistas na política de saúde foram visualizados apenas no início do governo, como afirma Kruger (2014), posto que o conservadorismo se reafirma ao longo da gestão de Lula, visivelmente quando há a retirada dos representantes da Reforma Sanitária do Ministério da Saúde. O que leva a seguinte consideração: “no decorrer da gestão houve um recrudescimento do conservadorismo que se tornou visível através da condução das ações [...]”. (KRUGER, 2014, p. 5).

É no interior dessa nova forma de organização do Estado neodesenvolvimentista que deve ser entendida as políticas sociais, e especificamente a política de saúde no contexto atual, que passa por um processo que Kruger (2014) chama de revisionismo e flexibilização dos fundamentos que norteiam o Sistema Único de Saúde em detrimento da política de desenvolvimento econômico articulado com o desenvolvimento social.

Destacam-se assim, as ações realizadas durante os governos de Lula e posteriormente no governo de Dilma Rousseff, que possuem aspectos revisionistas dos princípios do SUS e são: A Política Nacional de Humanização (PNH), que atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, na perspectiva do acolhimento, da Gestão Participativa, da ambiência, da clínica ampliada e compartilhada, da valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários; O Plano Nacional de Saúde (PNS), que tem sua atuação voltada para as estratégias em prol da melhoria da saúde brasileira, da redução das desigualdades e da ampliação do acesso; A criação do decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90; O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ), que objetiva ampliar a gestão Federal,

Estadual e Municipal, além das equipes de Atenção Básica; e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, 2016-2017). (KRUGER, 2014).

Porém, as ações supracitadas, apesar de terem a intencionalidade de proporcionar melhorias na política de saúde, não garantem mudanças significativas no quadro de saúde, pois algumas particularidades deixaram de ser analisadas, tais como: a infraestrutura dos postos de atendimentos e hospitais; os recursos materiais e tecnológicos para efetivação da atuação profissional; a ausência de concursos públicos, com vistas a compor um quadro de profissionais capacitados; o princípio da universalidade, como garantida na constituição e não apenas a ampliação do acesso; e o aprimoramento das formas de gestão da saúde, que vem sendo cotidianamente entregue ao setor privado. (KRUGER, 2014). Além disso, Silva (1996) aborda que,

Com tantas implicações, [...] a materialização desses princípios precisa ser traduzida nos campos prático e operacional, através de respostas satisfatórias às necessidades assistenciais da população, quer preventivas, quer curativas. Neste particular, entretanto, reside um dos grandes dilemas do Sistema Único que, sem estrutura para manejar em todas as frentes, deve fazer a "escolha trágica" nos rumos predominantes de sua atuação. (SILVA, 1996, p. 75).

Outro aspecto importante dos governos de Lula e Dilma, diz respeito as ações relacionadas à prevenção, que são deixadas em segundo plano. Como consequência tem-se o agravamento do quadro epidemiológico, em razão da não disposição de recursos para atender as necessidades dos usuários, havendo assim um crescimento alarmante nas taxas de mortalidade no país. Nesse sentido, fica claro que a saúde sofre os reflexos de uma conjuntura desfavorável a efetivação do SUS. Dessa forma, “[...] os desafios enfrentados pelo SUS são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica; só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade.” (PAIM et al. 2011, p. 11)

Concomitante a isso, tem-se a ofensiva neoliberal, já citada anteriormente, mas que segue trazendo consequências à política de saúde, tendo em vista que suas ações provocaram uma redução significativa nos direitos trabalhistas, além das privatizações, que impossibilitam o crescimento econômico. Outra questão importante diz respeito ao aumento significativo nos níveis de desigualdade social decorrentes da programática neoliberal. Isso ocorre em razão do aumento nas taxas de juros, bem como da dívida pública, causando impactos na área social, tais como: o desemprego, a estagnação econômica, dentre outros. (MATTEI, 2011 apud KRUGER, 2014).

Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), ao tratar sobre o assunto, denota que a ofensiva neoliberal fez com que o papel do Estado fosse reduzido, com baixos investimentos nas políticas

sociais, fazendo com que a mesma tenha um caráter compensatório e focado nos grupos mais vulneráveis. Nota-se ainda, a participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social. Assim sendo,

As novas configurações do capitalismo mundial estruturam mecanismos para manutenção da acumulação frente à crise do capital, amparados no Estado e no ataque às conquistas do trabalho, interferindo nas relações entre Estado e Sociedade, com rebatimentos no ataque às políticas sociais, por meio de contrarreformas. (CARVALHO, 2018, p. 2).

Assim sendo, é perceptível que neste terreno, os interesses do capital são privilegiados em detrimento das necessidades da população. Assinalando uma contradição básica: a satisfação das propensões do capital e o condicionamento dos indivíduos a políticas seletivas. (CARVALHO, 2018).

Com relação aos impactos da política neoliberal no sistema de saúde, Kruger (2014), cita algumas das particularidades dessa programática: a tecnificação da política de saúde; a tímida ampliação do sistema de saúde; a assistência precária e fragmentada; as privatizações e a mercantilização da saúde pública; as precárias condições de trabalho; a falta de investimentos na promoção de saúde com ênfase em ações emergenciais e assistenciais. De modo geral, a política de saúde é lateralizada, ou seja, “O que se percebe é uma continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social, a articulação com o mercado e a manutenção da política de ajuste fiscal.” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10)

## **2.4 Governo Temer e os desafios contemporâneos ao SUS**

Em 2016 com a subida ao poder do então presidente Michel Temer, a contrarreforma do Estado é acelerada e as inflexões sobre as Políticas Sociais se intensificam, atingindo diretamente a política de saúde, bem como o tripé da seguridade social (Saúde, Assistência e Previdência). (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

No tocante à saúde, é possível visualizar a redefinição das funções do Estado em prol dos interesses capitalistas, tendo em vista que, “a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos.” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 11). Por outro lado, a classe trabalhadora sofre as consequências da programática neoliberal, que tem atuado na perspectiva de reforma das leis trabalhistas; da Previdência Social, através da ampliação da idade mínima para aposentadorias; da terceirização dos serviços; o novo regime fiscal – o congelamento de

recursos orçamentários para as políticas sociais, por vinte anos; a contenção da inflação e ajustes fiscais com vistas à ampliação da economia; a supressão de vínculos constitucionais; o fim de todos os reajustes de salários, benefícios etc; abertura para o setor privado na área de infraestrutura e para o mercado externo através da cooperação do Estado com o setor privado; e a promoção de uma política de desenvolvimento voltada para a iniciativa privada; (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Ademais, as propostas do atual governo relativas à política de saúde consistem no não pagamento de tratamentos experimentais pelo SUS, apoiados na justificativa de evitar a judicialização da saúde; o aprimoramento da gestão do SUS com enfoque na população mais vulnerável e que não pode acessar a rede privada de saúde; o estímulo ao investimento nos planos privados; além de alterações no Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (SILVA, 2018).

Com vistas à arrecadação de fundos, alguns dos benefícios fiscais também foram reduzidos, sem mencionar as perdas dos programas nas áreas de saúde, educação, ciência e reforma agrária. No âmbito da saúde o programa de fortalecimento do Sistema Único de Saúde acabou perdendo milhões de reais do Fundo Nacional de Saúde, além da redução nos recursos que sustentavam os programas de Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Fundação Oswaldo Cruz. (SAVINO, 2018).

Segundo SILVA (2018, p. 53), “as ações do governo Temer direcionam-se no sentido de obedecer às orientações do Banco Mundial, ou seja, para a racionalização dos serviços de saúde”. Sem dúvida, as medidas implementadas causam desfalques nas políticas sociais de forma geral, visto que é a área que mais sofre as inflexões do atual governo.

Concretamente, a materialização das propostas citadas acima exigiu a redução de gastos da área social, fazendo com que as condições de saúde do país se agravassem. Além do mais, as medidas impostas pelo governo Temer provocaram o cancelamento imediato dos seguintes projetos:

[...] Construção do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Belo Horizonte/MG; Construção dos Institutos de Saúde da Mulher e da Criança e de Infectologia; Implantação de Centros de Desenvolvimento Tecnológico e de Produção de Insumos para o SUS; Modernização de Unidades da Fundação Oswaldo Cruz; Implantação de Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas; Implantação e Melhoria de Sistemas Públicos de Manejo de Resíduos Sólidos em Municípios de até 50.000 Habitantes, Exclusivo de Regiões Metropolitanas ou Regiões Integradas de Desenvolvimento Econômico (RIDE); Implantação de Melhorias Sanitárias Domiciliares para Prevenção e Controle de Doenças e Agravos em localidades urbanas de municípios com população até 50.000 habitantes; Implantação, Ampliação ou Melhoria de Ações e Serviços Sustentáveis de Saneamento Básico em Pequenas Comunidades Rurais (Localidades de Pequeno Porte) ou em Comunidades

Tradicionalis (Remanescentes de Quilombos); Doação à Agência Internacional de Compra de Medicamentos para Países em Desenvolvimento – UNITAID; Estruturação dos Serviços de Hematologia e Hemoterapia; Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena. (SAVINO, 2018, p. 27).

Em meio a tantas evidências de um sistema precário, há uma tentativa de fazer com que a população acredite que a retirada de direitos é inevitável e que esse momento de tensão deve ser compartilhado por todos, quando na realidade, aspira-se que a classe trabalhadora pague o preço mais alto. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Sobre as implicações decorrentes do Governo Temer, Silva (2018, p. 52), aponta que, “[...] a consequência disso é o crescimento e a concentração da riqueza de um lado, enquanto do outro há o aumento da miséria, do desemprego, dos ajustes fiscais, e a diminuição com os gastos sociais [...]”.

Desse modo, o governo ao se apoiar na cultura da crise, utiliza-se disso para estreitar os vínculos com a iniciativa privada, dando suporte aos interesses do grande capital. Nesse sentido, é pertinente analisar o modo como está sendo conduzida a dimensão política do país, sendo necessário que a população se organize na luta pela preservação dos direitos na saúde, bem como nas demais políticas sociais, no sentido de fortalecer a resistências aos desmontes decorrentes da ofensiva neoliberal.

Além disso, é pertinente mencionar que a saúde, segundo Carvalho (2018), encontra-se hoje limitada ao contexto político e econômico e que para que possa se efetivar é necessário que haja uma construção de uma consciência sanitária, isto porque a política de saúde atualmente está,

Vivenciando ataques que revelam processos de precarização e privatização da saúde pública, onde o projeto de saúde pautado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira permanece inconcluso, porém em disputa, seguindo o curso da história e da luta de classes. (CARVALHO, 2018, p. 3).

Vale salientar que, a precarização do SUS vivenciada atualmente tem influência nos índices de saúde, posto que o processo saúde-doença como uma expressão das condições de vida e de trabalho dos indivíduos, precisa ser objeto de preocupação por parte do poder público, uma vez que as doenças são resultados de um desenvolvimento histórico e social. (LAUREL, 1982). Logo, a não inserção dos indivíduos em uma dimensão social que disponha dessas particularidades, altera as condições de saúde da população. Nesse sentido, é importante mencionar que,

A situação epidemiológica brasileira é muito singular e define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e parasitárias, das condições maternas e

perinatais, das causas externas e das doenças crônicas; as chamadas “contratransições”, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes. (BRASIL, 2012, p. 42).

Ademais, a Organização Pan-americana de Saúde (2011) alerta sobre o aumento das infecções, a desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; além das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, o uso excessivo de drogas lícitas e ilícitas e a má alimentação.

Nota-se assim, que são muitos os desafios à efetivação do SUS, tendo em vista o processo de contrarreforma do Estado que impossibilita a efetivação do direito a saúde como instrumento de transformação dessa realidade. Portanto, faz-se necessário a luta cotidiana dos movimentos da sociedade civil na defesa do Sistema público de saúde, como uma política fundamental da vida social, em meio à conjuntura de retrocessos dos direitos sociais.

### **3 DEBATE SOBRE A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: O PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO EM QUESTÃO**

Com a implementação do Sistema Único de Saúde, materializada por meio da Constituição de 1988, foram estabelecidos princípios e diretrizes com vistas à promoção da saúde: Universalidade; Integralidade; Equidade; Descentralização e Participação social; ademais, foram instituídos programas com o intuito de promover ações e serviços em saúde, bem como comportar as demandas emergentes.

Nesse capítulo trataremos especificamente sobre a base conceitual e prática do princípio da Integralidade no SUS e sua articulação com o TFD, apontando suas principais características na perspectiva do cuidado e da assistência e as inferências atuais do TFD no Hospital Universitário Lauro Wanderley.

#### **3.1 O princípio da Integralidade na agenda do SUS**

Para compreender o conceito da integralidade como um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde faz-se necessário discutir sua origem, assim como seus avanços, com enfoque nos processos de trabalho e de gestão, na perspectiva de garantir a efetividade dessa diretriz.

Dessa forma, o conceito de integralidade surgiu na década de 1980, a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e das Ações Integradas de Saúde (AIS) com intuito de promover uma articulação entre prevenção e Assistência. (PAIM; SILVA, 2010). Sobre isso, Carvalho e Santos (1995) denotam que,

[...] a integração da assistência e da prevenção indica a orientação imanente no SUS de não separar as duas modalidades de proteção da saúde, principalmente depois de se presenciarem os resultados negativos da priorização da assistência médico-hospitalar em detrimento das medidas de prevenção da doença e dos riscos de agravo à saúde individual e coletiva. (CARVALHO; SANTOS, 1995, p. 71).

Percebe-se assim que, o conceito de integralidade está para além do indivíduo e da sociedade. Na década de 1990, a organização dos serviços de saúde passou a seguir os princípios e diretrizes, estabelecidos no SUS, com o objetivo de garantir uma política pública de saúde universal. Assim, a integralidade como uma dessas diretrizes ao lado da universalidade e da equidade, está intimamente ligada à promoção da saúde, a intersetorialidade e ao controle social. Nesse sentido, é importante salientar que a integralidade exige mecanismos com vistas a propiciar uma articulação com a economia e com as demais políticas sociais para a efetiva

execução de ações de saúde. (ALBUQUERQUE; STORZ, 2004, p. 2). Dessa forma, destaca-se que,

[...] a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro perspectivas: a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial. (PAIM; SILVA, 2010, p. 4).

Além disso, a integralidade como um dos princípios organizativos do Sistema de Saúde, “[...] permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir [...]”. (MACHADO et al, 2007, p. 2). Destarte, a efetiva integralidade em sua complexidade tem enfoque na perspectiva interativa entre usuários e profissionais, tendo em vista que a totalidade considera todos os aspectos da vida social. (PAIM; SILVA, 2010).

A lei Orgânica da Saúde, em contrapartida, se refere à integralidade como “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (PAIM; SILVA, 2010).

Em todo caso, nota-se que o movimento da prática integral busca intervenções de forma organizada com vistas a contemplar e solucionar as necessidades em saúde, de acordo com suas particularidades. Ademais, a integralidade exige uma articulação da prática multiprofissional e interdisciplinar envolvendo o processo de gestão para construção de uma atuação consistente com as finalidades pretendidas. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Machado et al (2007), reafirmam essa discussão, quando abordam que a

[...] integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. (MACHADO et al, 2007, p. 337-338).

Desse modo, a integralidade como princípio constitucional norteador das políticas de saúde se mostra no cotidiano das ações, como mecanismo de promoção de saúde, de novos conhecimentos e práticas capazes de responder as necessidades, por meio da viabilização do acesso aos respectivos níveis de complexidade (Primário, secundário e terciário). (ALVES,

2005). Na direção de efetivação do SUS, é necessário destacar que a práxis da integralidade carece de uma organização dos serviços e práticas profissionais, conforme aborda Cecílio (2009), quando diz que,

A integralidade [...] no espaço singular de cada serviço de saúde poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. (CECÍLIO, 2009, p. 120).

É nesse contexto que, as práticas de saúde convergem para a necessidade do enfoque na integralidade do cuidado. A ideia de cuidado integral está relacionada à atuação de profissionais, docentes, gestores e usuários, tendo em vista sua função de co-responsáveis pela produção da saúde. Assim sendo, a perspectiva do cuidado se constitui no ato de escutar, acolher, dialogar e se utilizando da ética profissional, executar as ações e serviços de saúde. Contudo, o desenvolvimento das práticas de saúde necessita de mecanismos voltados para o cuidado integral. Dentre esses mecanismos está a utilização de tecnologias centradas no usuário e suas necessidades em saúde. (MACHADO et al, 2007).

Desse modo, a integralidade do cuidado visa uma atuação que saiba reconhecer as necessidades dos indivíduos, de modo a valorizar os saberes destes. Segundo Kalichman e Ayres (2016) esses saberes subjetivos, o diálogo com acolhimento e a criação de vínculos contribuem para o estreitamento da relação entre profissionais e usuários, de modo a reconhecer “as formas como o usuário constrói e expressa sua necessidade de saúde [...] para a construção de um projeto terapêutico”. (KALICHMAN; AYRES, 2016, p. 5). Os autores apresentam ainda, alguns dos elementos para efetiva integralidade:

[...] não fragmentação da atenção à saúde, respeito aos sujeitos e seus direitos, atenção à especificidade das necessidades de indivíduos e comunidades, busca de interações intersubjetivas ricas e criativas, interação entre saberes técnicos e práticos dos diversos sujeitos, articulação de diferentes profissionais, serviços e setores relacionados à construção da saúde [...]. (KALICHMAN; AYRES, 2016, p. 2).

Outro aspecto importante diz respeito à ligação da integralidade do cuidado às Redes de Atenção a Saúde, à medida que organizam ações e serviços de saúde, utilizando-se da tecnologia como uma forma de integrar o apoio técnico, logístico e de gestão, a fim de proporcionar a conexão das ações de promoção, prevenção e assistência. (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A integralidade da Assistência está intimamente ligada ao cuidado integral, tendo em vista que se fundamenta na articulação dos caminhos para a produção do cuidado e do reestabelecimento da saúde, ao passo que seu acompanhamento busca evitar a fragmentação da

linha de cuidado. A promoção de uma assistência integral está relacionada à reorganização dos processos de trabalho e ações assistenciais, em que no campo dos saberes e práticas multiprofissionais atuam na vigilância à saúde e na perspectiva da integralidade do cuidado. (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004). Dessa forma,

[...] os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e estas devem estar articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde. (MACHADO et al, 2007, p. 338).

É incontestável que a garantia de integralidade necessita de uma gestão que esteja em consonância com a direção apontada por essa diretriz. Nesse sentido, a gestão da saúde assume um papel fundamental na produção de novos conhecimentos e práticas relativas à integralidade, na medida em que reúnem distintos interesses e atores sociais. (MACHADO et al, 2007).

Vale salientar que a gestão e as equipes de saúde possuem elementos para construção do cuidado e da assistência integral, tendo em vista que estão cotidianamente propícios a observar e analisar o real quadro de saúde da população, contudo, o que se observa são práticas reducionistas e que demonstram a pouca efetivação desse conhecimento. Desse modo,

É importante que o elemento integralidade esteja inserido na consciência crítica dos profissionais de saúde e da comunidade, para que partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútua. (MACHADO et al, 2007, p. 339).

Verifica-se nesse processo, a dimensão que a integralidade assume, posto que a atuação da gestão nos processos de trabalho possui grande influência nas respostas as necessidades de saúde. Assim sendo, a gestão e as equipes de saúde precisam cumprir seu papel na atenção integral, de modo a contribuir na organização e articulação deste, com vistas a possibilitar intervenções nas demandas coletivas e individuais na perspectiva de promoção e recuperação da saúde. (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Convém denotar que essas propostas se apresentam como desafios técnicos, éticos e políticos, que devem ser encarados, não somente pelo plano gerencial, mas também pelos profissionais e usuários. Nesse sentido, Ayres (2009) aponta quatro eixos da integralidade no âmbito da saúde: o eixo das necessidades, que se refere à qualidade da escuta, do acolhimento e da resolução das demandas; o eixo das finalidades, que diz respeito ao modo de interação entre a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reinserção social; o eixo das articulações, que trata sobre os saberes interdisciplinares, as equipes interdisciplinares e multiprofissionais, as ações intersetoriais, com vistas a ampliar a efetividade das respostas às

necessidades de saúde; e o eixo das interações, que está relacionada às interações nas práticas de cuidado, com o intuito de proporcionar condições dialógicas entre sujeitos no processo organizativo da saúde.

Kalichman e Ayres (2016) chamam atenção para a organização da gestão do SUS no processo de atenção integral à saúde, tendo em vista que há uma fragmentação dos serviços, programas e ações, contrariando o que está posto na legislação. Isso se deve a lacunas no financiamento e na administração dos recursos; a ineficácia da atual configuração do modelo de atenção, demonstrando incoerência entre a oferta de serviços e as demandas emergentes; e a precarização do sistema revelada na insuficiência de profissionais alinhados com os princípios e a agenda do SUS.

Outro ponto importante diz respeito à hierarquização, discutida por Cecílio (2009), que distancia o usuário do serviço.

O sistema de saúde organizado como uma pirâmide, por níveis de “complexidade crescente”, “hierarquizado”, dá conta, apenas em parte, da discussão sobre integralidade [...] porque os serviços mais “complexos”, de referência, têm sido entendidos como lugares de finalização, da última palavra, de atendimento de demandas pontuais, superespecializadas e específicas e, por isso mesmo, descompromissados com a integralidade. (CECÍLIO, 2009, p. 122).

Assim sendo, o autor aponta a rede com múltiplas entradas e fluxos, denominada de “integralidade ampliada” como melhor alternativa para atender as demandas de saúde em qualquer nível de complexidade. Posto que, a integralidade deve estar presente em todas as ações, permitindo o acesso dos usuários aos serviços de saúde. (CECÍLIO, 2009).

A dimensão da regionalização também é uma importante particularidade do processo de efetivação do princípio da integralidade, tendo em vista que a descentralização pactuada no SUS define responsabilidades nas três esferas do governo. Essa relação horizontal faz com que haja um enfoque no atendimento das demandas de saúde da população daquela região. Em tese, contribuindo para a superação da verticalização, centralização e fragmentação na gestão e dos programas de atenção à saúde. (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Além disso, a regionalização funciona como mecanismo de consolidação dos espaços e instancias de gestão, embora representem um grande desafio político e institucional. Desse modo, é importante denotar que a gestão nas regiões ocorre através da articulação com os municípios e estados, na busca por uma maior qualificação e responsabilização sanitária, com vistas a propiciar condições materiais para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Em razão da regionalização e hierarquização da política de saúde, muitos dos serviços e especialidades de saúde não são cobertos pelos municípios menores. Com o intuito de proporcionar o acesso à saúde aos indivíduos que não possui determinadas atendimentos e/ou especialidades em seus municípios foi instituído o Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

### **3.2 Tratamento Fora de Domicílio: mecanismo de garantia da integralidade?**

O TFD consiste em um instrumento legal que tem a finalidade de garantir o acesso de usuários aos serviços de saúde de um município ou Estado, quando esgotados todos os meios de tratamento na cidade de origem. Em outras palavras, o TFD permite o acesso a tratamento médico e ambulatorial por pacientes que sofrem de doenças não tratáveis em sua localidade. (BRASIL, 1999).

O TFD é regulamentado pela Portaria de nº 55 de 24 de fevereiro de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde) e dispõe sobre a rotina do TFD no SUS, tendo em vista a inclusão de procedimentos específicos do Sistema de Informações Ambulatoriais. Nesse sentido, a proposta da Portaria SAS/MS nº 55/99 consiste em normatizar o acesso de serviços especializados em saúde no interior do processo de regionalização dos serviços, tendo em vista garantir o acesso integral a saúde no país. Desse modo, o TFD busca garantir os serviços de saúde que em meio à forma de organização do SUS – hierarquização e regionalização dos serviços de saúde –, não dispõem das especialidades e tratamentos em todos os municípios e Estados. (BRASIL, 1999).

A Portaria 55/99 em seu artigo 5º § 1º determina que a normatização acordada seja sistematizada em um Manual Estadual para passar pela aprovação da Comissão de Intergestores Bípartite, tendo em vista as particularidades de cada região do país.

O Manual de Normatização do Setor Tratamento Fora de Domicílio do Estado da Paraíba foi elaborado entre o final de 2007 e início de 2008, visando traçar as diretrizes para os gestores Municipais e Estaduais, tendo em vista a condução do TFD por meio de uma política única que esteja de acordo com a Portaria 55/99. Nesse sentido, o manual do TFD do Estado busca por meio dessa normatização a humanização do atendimento no interior do SUS. (BRASIL, 2007).

Além disso, o Manual de Normatização de TFD da Paraíba determina ainda, que é responsabilidade do gestor municipal a definição de um teto para o TFD para assim, prover os recursos necessários para o funcionamento do programa, tendo em vista a garantia dos benefícios

– remuneração para transporte e diárias, aos usuários e acompanhantes, quando requisitado – estabelecidos na Portaria SAS/MS nº 55/99.

O acesso ao programa TFD se dá por meio de um sistema de regulação, isto é, por avaliação do médico do município em que o paciente reside. Esse sistema de regulação é normatizado pela Política Nacional de Regulação, com a finalidade de organizar e controlar o fluxo de usuários do SUS. De acordo com Azevêdo (2016) a Política Nacional de Regulação,

[...] foi instituída em função [...] da necessidade de estruturação das ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS e da necessidade de organizar e garantir o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde da rede assistencial do SUS, objetivando o fortalecimento do processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços em saúde. (AZEVEDO, 2016, p. 407).

No que diz respeito à atuação do TFD, é importante destacar que a mesma se materializa através da assistência aos pacientes e seus acompanhantes, oferecendo aos usuários: Consultas, tratamento ambulatorial, hospitalar/cirúrgico previamente agendado; Passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes no mesmo valor; Auxílio financeiro para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento, bem como a responsabilização pelas despesas decorrentes de óbito do usuário de TFD e a análise de situações especiais, quando as condições físicas do paciente não permitirem o transporte rodoviário. (BRASIL, 1999). De forma geral,

[...] o TFD cria mais uma forma de contribuir para minimizar as carências por especialidades médicas, colaborando para que os pacientes que necessitam de tratamento fora de seu município tenham mais uma alternativa à prestação do serviço [...]. (SÁ et al, 2016, p. 4).

Dessa forma, o TFD se constitui também enquanto uma possibilidade de acesso à saúde nos níveis de média e alta complexidade, permitindo aos usuários o tratamento em tempo hábil. No entanto, é necessário destacar que os benefícios do programa de TFD só são concedidos, quando esgotadas todas as possibilidades de tratamento no município de origem dos usuários.

O TFD é ainda, um programa que atua no âmbito Municipal e Estadual, de modo que, um município que não possui determinados serviços de saúde situados nos níveis de atenção média e alta complexidade, encaminham os usuários que necessitam de atendimento a um município mais próximo que ofereça o serviço solicitado. Do mesmo modo, ocorre no âmbito do Estado, o qual encaminha para o Estado mais próximo que obtenha o serviço, quando não houver possibilidades de tratamento no mesmo. Desse modo, a Gestão Estadual arcará com a responsabilidade pela análise e autorização das solicitações de TFD dos pacientes residentes no

Estado da Paraíba, conforme o item 3.1.1 do Manual de Normatização Tratamento Fora de Domicílio do Estado.

No âmbito intermunicipal, o TFD é ofertado apenas quando houver uma distância mínima de 50 km entre o município de origem e o município que disponibiliza o serviço, exceto em regiões metropolitanas, segundo a Portaria SAS/MS de nº 055/99. No entanto, nos casos em que o TFD não resguarde os meios para o acesso ao serviço de saúde necessitado, no município mais próximo, por ter uma distância menor que 50 km, o Manual de TFD do Estado da Paraíba, certifica que, o município não se exime da responsabilidade de oferecer assistência ao usuário que não disponha recursos para o transporte. Estabelecendo dessa forma que, o município deverá disponibilizar os meios que garantam o acesso aos serviços de saúde fora dos limites do município, tendo em vista, que o mesmo não dispõe do serviço. (BRASIL, 2007).

Deve-se considerar ainda que, o Tratamento Fora de Domicílio apenas será concedido aos usuários atendidos na rede pública de saúde, ou por alguma instituição de saúde conveniada com o SUS. Contudo, é importante destacar, segundo o artigo 1º § 3º da Portaria nº 55/99 que, a autorização do TFD para acesso de serviços de saúde que utilizem os procedimentos contidos no Piso de Atenção Básica do município – PAB – encontra-se proibido. Além disso, as despesas cobertas pelo TFD dizem respeito aos gastos com transporte aéreo, terrestre e fluvial, assim como diárias para alimentação e pernoite, tanto para o usuário que esteja utilizando o serviço de saúde solicitado, quanto para o acompanhante – quando este for necessário. Embora, esses benefícios só devam ser autorizados de acordo com o orçamento disponível do Estado ou do Município. (BRASIL, 1999).

Nesse sentido, para que o usuário obtenha o atendimento em outro município que ofereça o serviço, se faz necessário uma solicitação de TFD pelo médico que indicou o tratamento numa unidade de saúde vinculada ao SUS, para que assim seja encaminhada para autorização da comissão responsável pelo TFD no município. Ademais, é dever dos municípios garantir os meios para que o usuário que necessite de um serviço de saúde não disponibilizados em seu município de origem seja atendido pelo SUS, de acordo com sua necessidade. Sendo vedado, portanto, a transferência das despesas para os usuários de TFD, para restituição posterior. (BRASIL, 1999).

No âmbito municipal, o SUS só disponibiliza recursos para o custo das despesas com o transporte terrestre quando o transporte for rodoviário regularizado no Departamento de Estradas de Rodagem – DER –, ou por meio de veículo terceirizado. Caso o Município utilize os veículos

de serviço – chapa/branca<sup>3</sup> – no transporte dos pacientes de TFD, o SUS não arcará com estas despesas. (BRASIL, 2007).

O Manual de Normatização de TFD do Estado da Paraíba estabelece ainda que, tendo em vista a efetivação da saúde por meio do TFD, será de responsabilidade do gestor municipal – por meio da secretaria de saúde – o agendamento das consultas e dos procedimentos de TFD de seu município, encaminhando ao Setor de TFD do Estado a documentação para a devida regulamentação do processo de concessão do benefício. Desse modo, o TFD é autorizado, apenas com a garantia de atendimento no município solicitado. (BRASIL, 2007).

Percebe-se, portanto que o Tratamento Fora de Domicílio foi instituído enquanto um programa que visa garantir por meio do SUS, tratamento médico aos usuários dos serviços de saúde que não sejam oferecidos no município, ou mesmo, no Estado de origem, pela ausência de serviços habilitados. Sendo destinado aos usuários que necessitem de uma assistência à saúde nos níveis de complexidade determinados pela legislação que regulamenta o TFD. Portanto, o programa mostra-se enquanto um instrumento que oferece mais um meio de garantir o acesso universal e integral dos serviços de saúde, tendo em vista a efetivação do SUS.

Diante disso, é importante mencionar a relação do TFD com a integralidade, à medida que o programa permite o acesso a saúde nos níveis de complexidade inacessíveis em seu município. Dessa forma, a efetiva integralidade é alcançável através da articulação entre os níveis de complexidade. Nesse sentido, o TFD visa à garantia do acesso e interlocução entre os serviços de saúde possibilitando a integração dos usuários às ações de promoção e recuperação da saúde nos níveis secundários e terciários. Desse modo, o TFD se constitui como um instrumento estratégico de efetivação do princípio da integralidade, na proporção que o programa, no uso de suas atribuições, permite o acesso dos usuários aos serviços de saúde de referência, com o intuito de garantir o acesso dos mesmos aos seus direitos sociais por intermédio do sistema de proteção social. (SOUZA, 2015).

Ademais, é importante denotar que o TFD se coloca como uma das formas de assegurar o direito à saúde, respeitando o princípio da integralidade estabelecido no SUS. (BARBOSA et al, 2010).

Assim, o TFD busca oferecer aos usuários uma assistência à saúde de forma integral assegurando-lhe qualidade de vida, compreendendo que cada usuário do TFD possui suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Portanto, o TFD reflete o compromisso da política de saúde em atender os indivíduos de forma integral, observando o ponto de vista clínico-

---

<sup>3</sup> Veículos de uso reservado pelas autoridades governamentais.

assistencial, os aspectos sociais e a oferta diversificada de serviços em todos os níveis de complexidade. Posto que, “A saúde é entendida como um direito fundamental e há o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e aos serviços de saúde.” (ROSA, 2009, p. 55).

Contudo, é necessário lembrar que a política de saúde, bem como o TFD enfrentam desafios e limitações que são postas pela conjuntura de precarização da saúde, em razão dos interesses políticos e econômicos oriundos do sistema capitalista, resultando na falta de estrutura nos serviços de saúde. Além disso, as relações de poder no modo de produção capitalista redefinem as estratégias da política de saúde que por sua vez, repercutem nas instituições de saúde, inclusive nos Hospitais Universitários. (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

### **3.3 Hospitais Universitários e a particularidade do cuidado em saúde**

Os hospitais universitários surgiram com o objetivo de desenvolver ações voltadas para o ensino, à pesquisa e a extensão por intermédio da assistência em saúde. Até 1980, os Hospitais Universitários eram vinculados às faculdades de medicina e atendiam contribuintes e não contribuintes do INSS, principalmente quando se referia aos casos considerados científicos. (FREITAS, 2016).

Após a instituição da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) os Hospitais Universitários são incorporados aos níveis de atenção de média e alta complexidade. A partir daí, passaram também a ser as principais instituições, do ponto de vista prático, de formação acadêmica para profissionais de saúde e áreas afins, além de favorecer o desenvolvimento tecnológico. (MEDICI, 2001). Na visão de Medici (2001), o hospital Universitário,

[...] é entendido [...] como um centro de atenção médica de alta complexidade que: (a) tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; (b) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa; (c) atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e; (d) exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento e custos. (MEDICI, 2001, p. 150).

Entretanto, com o aumento dos atendimentos de demandas espontâneas e de atenção primária, os Hospitais Universitários (HUs) se viram em uma crise financeira, em razão da utilização dos recursos para pagamento de outras despesas, em vez de aplica-los em pesquisa e extensão. (FREITAS, 2016). Além disso, o apoio financeiro do Ministério da Educação e Cultura e do Ministério da Saúde se tornou insuficiente para enfrentar os problemas que se somavam. (SANTOS; OLIVEIRA JUNIOR, 2016). Segundo Caldas Júnior (1999) apud Barros (2014)

[...] a crise financeira dos HUs está inserida na crise do próprio país em relação ao futuro das instituições como espaços públicos, em especial, as de ensino, de pesquisa e de prestação de serviços à sociedade. (CALDAS JUNIOR, 1999 apud BARROS, 2014, p. 35).

Dessa forma, é importante mencionar que a crise nos hospitais universitários decorrente das mudanças políticas e econômicas do País trouxe como consequência: a redução nos investimentos tecnológicos e no número de servidores; a ausência de capacitação profissional; a precariedade na estrutura física; poucos recursos para pesquisa; a falta de concursos públicos e terceirização dos serviços. (FREITAS, 2016). No início dos anos 2000, em razão de todos esses efeitos, muitos dos hospitais foram obrigados a devolver equipamentos por não terem condições de pagar, além de não conseguirem mais manter algumas unidades hospitalares e leitos abertos. (BARROS, 2014).

Em 2006, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) enviou o projeto de lei complementar para a Presidência da República, sugerindo a criação de uma fundação estatal de direito privado para gerenciar os HUs, na qual teria autonomia gerencial e realizaria contratos de gestão com o poder público, que previa a prestação de serviços e condição de arrecadação de serviços públicos. Em um cenário de distribuição de recursos restrito em comparação as demandas e enquanto a proposta supracitada estava sendo discutida, foi instituído em 2010, o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), com financiamento do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. (FREITAS, 2016).

O REHUF tinha como objetivos: a reestruturação física e tecnológica das instituições; a reestruturação orçamentária dos hospitais; o aprimoramento dos processos de gestão e das ações vinculadas ao ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde. Tais finalidades idealizavam uma nova forma de gerenciamento, inserindo estes hospitais como centros de referência e contra referência, buscando assumir sua identidade de média e alta complexidade. (FREITAS, 2016).

Basicamente, a atuação do REHUF buscava garantir a reestruturação financeira dos HUs, bem como a gestão das informações prestadas pelos hospitais, com vistas a obter condições materiais para cumprir suas finalidades na perspectiva de atender os interesses da academia. (SANTOS; OLIVEIRA JÚNIOR, 2016). Contudo, as estratégias implementadas pela REHUF não obtiveram êxito e embora tenham sido realizados investimentos, a maioria das necessidades não foi suprida e as dívidas ainda perduravam.

Ciente disso, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) elaboraram a medida provisória 520, assinada pelo então presidente Luíz Inácio Lula da Silva, em 31 de dezembro de 2010, autorizando o Poder executivo

a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que a princípio foi rejeitada pelo senado. Somente em 15 de dezembro de 2011, a presidente Dilma Rousseff autorizou a instituição da EBSEH como empresa estatal, através da Lei 12.550. (FREITAS, 2016).

A EBSEH vinculou-se ao MEC, embora com caráter jurídico de direito privado e patrimônio próprio. Como órgão do Ministério da Educação, a EBSEH passou a ser responsável pela reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, mediante assinatura do termo de adesão e contrato com as Universidades Federais que optaram por esse modelo de gestão. (FREITAS, 2016).

Segundo Oliveira (2014), compete a EBSEH: a administração das unidades hospitalares, por meio da prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, diagnóstico e terapêutico do SUS; a prestação de serviços aos Hospitais Universitários Federais (HUF) e as instituições públicas, no incentivo ao ensino, pesquisa, extensão e à formação no campo da saúde pública; o auxílio na execução de planos de ensino e pesquisa, sempre que necessário e na implementação de residência médica ou multiprofissional e nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS; apoio nas pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos HUF e em outras instituições públicas congêneres; a implementação de sistema de gestão único nos HUs e HUFs com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e a realização de outras atividades inerentes às suas finalidades.

Além disso, é importante mencionar que a atuação da EBSEH gira em torno do cumprimento da missão institucional:

Prestar assistência integral, ética e humanizada a comunidade, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, na busca permanente pela excelência, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão para formação de profissionais que respeitem a dignidade humana e sejam agentes transformadores da sociedade. (EBSEH, 2016/2017).

O modelo de gestão pretendido pela EBSEH é de uma gestão compartilhada distribuída entre os segmentos: gerência de atenção à saúde, gerência de ensino e pesquisa e gerência administrativa. (EBSEH, 2016/2017).

É inquestionável que toda mudança vem acompanhada de implicações e com a adesão dos HUFs a EBSEH não foi diferente. Pensando nisso, Oliveira (2014) aponta cinco características da mudança no gerenciamento dos Hospitais Universitários:

(1) flexibilização da gestão; (2) valorização dos resultados em detrimento dos processos; (3) orientação por metas; (4) priorizar o investimento na produção de recursos e não em seu gasto; (5) introdução de mecanismos de mercado; (6) unir público e privado numa ação conjunta; (7) discurso da era globalizada; (8)

mudança do comportamento estatal; (9) processos de privatizações; e (10) valorização do Mercado em detrimento do Estado. (OLIVEIRA, 2014, p. 132).

Assim sendo, nota-se que os efeitos da implementação da EBSEH estão relacionados aos ideais neoliberais, ao passo que há um enxugamento dos gastos com o social e a transferência da responsabilidade do Estado para o setor privado. (OLIVEIRA, 2014).

Em relação à efetividade do programa TFD no auxílio aos usuários do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Atualmente, a gestão do HULW se encontra sob a responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), tendo firmado contrato com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em 15 de dezembro de 2011, no reitorado da Prof<sup>a</sup> Margareth de Fátima Formiga Melo Diniz. O contrato em questão tem validade de 20 anos. (EBSEH, 2016/2017).

É importante ressaltar que o HULW tem como finalidade qualificar e aprimorar a mão de obra para o mercado de trabalho, além de proporcionar a cura de doenças. Tendo, segundo Freitas (2016), como principais objetivos: prestar assistência à saúde a toda comunidade; servir de campo de aprendizado para a graduação e pós-graduação nos cursos de saúde e áreas afins; contribuir para a formação da equipe de saúde para um trabalho conjunto, dentro das normas ético-profissionais; desenvolver atividades de investigação científica e tecnológica; colaborar com as entidades públicas na elaboração e execução de programas de saúde e educação sanitária; servir como hospital de referência e contra referência do SUS; promover e realizar pesquisas sobre saúde e doença, assim como práticas hospitalares e administrativas.

Nesse sentido, o HULW busca prestar assistência à saúde de forma a tratar doenças que atingem a população do Estado, tornando-se através das pesquisas desenvolvidas em seu interior, no produtor de saber sobre as doenças. (FREITAS, 2016).

Sabendo que, a política de saúde se utiliza de dimensões estratégicas e instrumentais para sua efetivação e que seus objetivos giram em torno da proteção e recuperação da saúde através de programas e ações, com ênfase na qualidade de vida dos sujeitos usuários da política, o HULW tem se colocado como prestador de serviços para pacientes que tem acesso ao hospital via TFD.

Assim sendo, o HULW realiza atendimento para os 223 municípios do Estado da Paraíba e se apresenta como serviço especializado em média e alta complexidade. O acesso ao hospital ocorre através de marcação por meio das Centrais de Regulação dos Municípios. Esses municípios tem o dever de oferecer aos usuários que necessitam de TFD, o transporte para que estes possam se locomover ao HULW, quando estes retornarem ao seu município no mesmo dia, quando não, os mesmos devem dispor de ajuda de custo para alimentação e hospedagem do

paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento, bem como a responsabilização pelas despesas decorrentes de óbito e a análise de situações especiais, quando as condições físicas do paciente não permitirem o transporte rodoviário. (BRASIL, 1999).

## **4 DESAFIOS À CONSOLIDAÇÃO DO TFD: ANÁLISE DA EFETIVIDADE A PARTIR DOS USUÁRIOS ATENDIDOS DO HULW**

O programa Tratamento Fora de Domicílio, como proposta do SUS para promoção da saúde integral, estima por meio da hierarquização e regionalização da saúde, garantir aos usuários o acesso aos serviços de saúde. Desse modo, é necessário enfatizar que o programa TFD busca colocar-se como alternativa aos que necessitam de tratamento de saúde e que não dispõem deste em sua localidade de origem.

Assim sendo, este capítulo analisa a efetividade do Programa Tratamento Fora de Domicílio, do ponto de vista do usuário, por meio de dados coletados junto a familiares de usuários da pediatria do ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Para isso, o estudo volta-se para o espaço em que a pesquisa foi realizada, dando ênfase ao perfil dos usuários entrevistados, bem como seu conhecimento e avaliação sobre a eficácia do programa TFD.

### **4.1 Lócus da pesquisa**

A pesquisa em questão foi realizada no Ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley, que fica localizado na Rua: Tabelião Stanislau Eloy, nº 585 - Castelo Branco, João Pessoa-PB. Para melhor elucidar o lócus deste estudo, faz-se necessário regatar aspectos históricos e estruturais do Hospital Universitário.

A saber, na década de 1960 durante a gestão do reitor João Medeiros foi implantado o Campus Universitário em terreno doado pelo governo do Estado. Posteriormente, o reitor Guilhardo Martins Alves formou uma comissão para viabilizar a implantação do hospital no campus. Em 1966, juntamente com uma equipe de professores, dentre eles, o Dr. Lauro Wanderley, efetuaram a obra, embora sua localização ainda não fosse urbanizada. Nesse período Iniciaram-se também, a construção do ambulatório. Em 1975 ocorre a inauguração do então denominado Ambulatório Professor Antônio Dias dos Santos, em homenagem a um dos membros da comissão. (FREITAS, 2016).

De acordo com Freitas (2016),

A construção do setor administrativo, unidades de clínicas (médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica, centro de terapia intensiva, apartamentos, centro cirúrgico, isolamentos), unidade de anatomia patológica, auditório, almoxarifado, casa de força, oficina e serviços gerais, iniciada em 1975, foi concluída em 1980. O prédio foi considerado um conjunto arquitetônico moderno com 44.000 m<sup>2</sup>, ocupando posição de destaque na área de ensino e assistência. (FREITAS, 2016, p.7).

No dia 12 de fevereiro de 1980 ocorreu à inauguração do Hospital Universitário Lauro Wanderley Guimarães, representando um grande marco para a saúde, além de ser considerada a maior obra de engenharia civil do Estado da Paraíba. (FREITAS, 2016). Posto que, segundo o Plano Diretor Estratégico (PDE) de 2016/2017, o HULW tem aproximadamente 47.150m<sup>2</sup> de área construída.

Atualmente, a estrutura física do HULW é composta por 7 pavimentos e a cobertura. No HULW funcionam: a recepção, a área administrativa gerencial, auditório, Serviço de atendimento médico, nutrição e Dietética, almoxarifado, farmácia clínica, lavanderia, Patrimônio, vestiário, necrotério, laboratório de anatomia, patológica e citológica, Serviços gerais, manutenção, Centro de Terapia Intensiva (CTI), Bloco cirúrgico, salas de repouso médico e de enfermagem, salas de esterilização rápida, salas de psicologia, salas de aula, departamentos e postos de enfermagem e prescrição, biblioteca, salas de reuniões, salas de Serviço Social, clínica pediátrica, enfermarias, sala de hidratação e repouso para as mães, clínica obstétrica, sala de parto, berçários, clínica de doenças infectocontagiosas, clínica médica, unidade de psiquiatria, o Centro de Referência Oftalmológica (CEROF) e o Serviço de Atendimento Especializado – Materno Infantil (SAE-MI). O quadro abaixo retrata os principais serviços oferecidos no HULW e seus respectivos pisos:

**Quadro 1** – Principais serviços oferecidos no HULW

<b>Piso</b>	<b>Descrição</b>
Cobertura	Espaço Fitness para prática de exercício físico
7º Andar	Clínica pediátrica; Recreação
6º Andar	CEROF; SAE-MI; Psicologia; CECAE
5º Andar	Clínica Médica A e B
4º Andar	Em reforma
3º Andar	Clínica de Ginecologia e Obstetrícia
2º Andar	Clínica DIP; Clínica cirúrgica; GEP; Biblioteca; CME;
1º Andar	UTI, Hemodinâmica, Bloco Cirúrgico; RIMUSH
Térreo	Recepção; Área administrativa Gerencial; Auditório; Nutrição e Dietética;

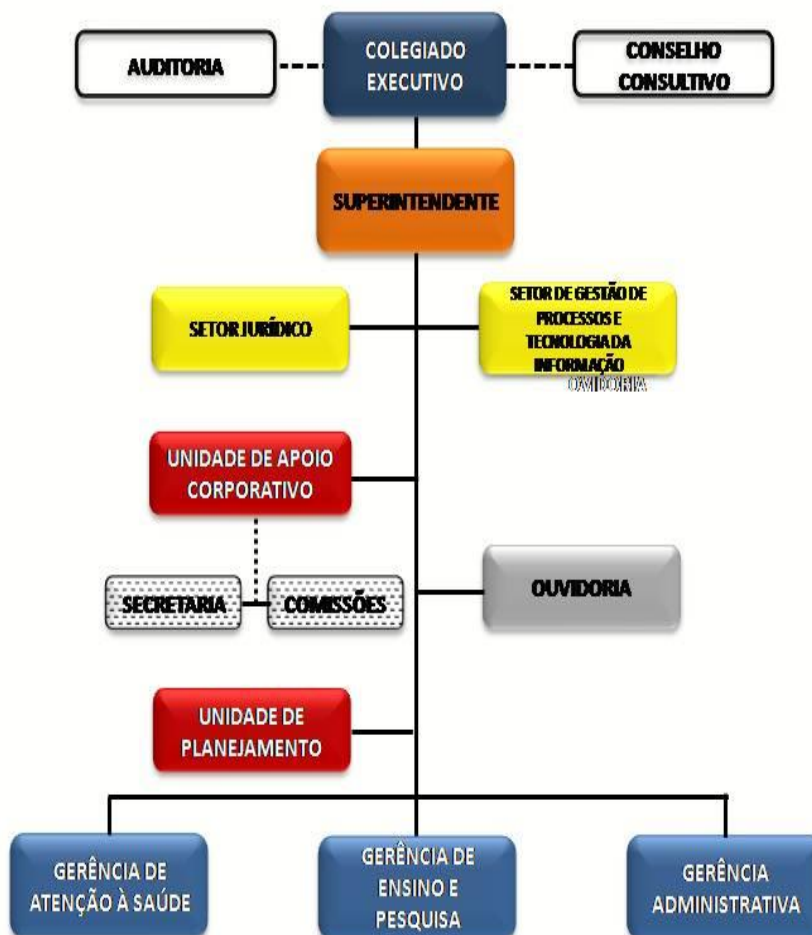
**Fonte:** MELO (2016)

O ambulatório, integrado ao hospital via circulação térrea é composto por 80 consultórios, laboratório de análises clínicas, RX, coordenação de atividades ambulatoriais, Coordenação de Enfermagem, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), Sala de

Educação Física, Setor de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST). Dentre as especialidades oferecidas no ambulatório estão: neurologia, ortopedia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, cardiologia, nefrologia, endocrinologia, reumatologia, dermatologia, ginecologia, urologia, pediatria, pré-natal, puericultura, psicologia, fisioterapia, oncologia, hematologia, geriatria e mastologia, odontologia, Núcleo de Reabilitação de Fissuras Lábio Palatinos, entre outras. (FREITAS, 2016).

No tocante a estrutura organizacional do HULW, a mesma atualmente está organizada da seguinte forma:

**Figura 1** - Organograma do HULW



A auditoria é responsável pelo desenvolvimento do plano de ação, com vistas a alcançar seus objetivos, no que se refere às estratégias de avaliação e melhoria na eficácia dos processos de gerenciamento de riscos; ao colegiado executivo cabe o encargo de governança do hospital, sendo composto por um Superintendente e por Gerências de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa, e Administrativo; O Conselho Consultivo acompanha a Diretoria e o Conselho de Administração, no que compete as suas funções, sobretudo na formulação, implementação e avaliação das estratégias de atuação da EBSEH; Ao Superintendente atribui-se a supervisão geral das funções administrativas; A Assessoria Jurídica tem a tarefa de dar suporte nos âmbitos comerciais, civis, tributária, trabalhista etc.; A Gestão da Informação e Informática trata da implementação e gerenciamento dos sistemas informatizados nas empresas, bem como a avaliação dos sistemas de informação, segurança e banco de dados, além de desenvolver sistemas de automação no gerenciamento das informações, atuando na determinação de estratégias para garantir o melhor desempenho de cada setor da companhia; A Unidade de Apoio Corporativo é encarregada de prestar assistência direta e imediata ao Superintendente; A Ouvidoria atende aos usuários e encaminha as reclamações, críticas, elogios, sugestões ou denúncias; A Unidade de Planejamento Assessoria o superintendente e a equipe de gestão do HULW na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação do planejamento; A Gerência de Atenção à Saúde tem o dever de coordenar as ações assistenciais, médicas terapêuticas, nutricionais, farmacêuticas, de enfermagem, odontologia, dentre outras; A Gerência de Ensino e Pesquisa compete: a aprovação das normas sobre programas específicos, que deverão ser postos em prática no HULW, referentes ao ensino, pesquisa e educação continuada; a coordenação das atividades da sala de leitura, seguindo as normas técnicas da Biblioteca Central da UFPB; a coordenação das atividades de ensino, pesquisa, extensão e educação continuada; a tomada de decisões relacionadas ao ensino, pesquisa, extensão e educação continuada no HULW, além de Promover a integração entre a administração e os departamentos acadêmicos; A Gerência Administrativa delibera sobre os assuntos relacionados às atividades da alta administração, no que diz respeito às diretrizes fixadas, e direcionar os exercícios que incluem o planejamento em todos os setores de organização. (MELO, 2016).

É importante enfatizar também que no presente momento, o HULW se volta mais para o ensino do que para a assistência médica, embora objetivasse atender ambas. (FREITAS, 2016).

Com relação ao gerenciamento na área da saúde, destaca-se que a complexidade administrativa dos serviços de saúde envolve a união de recursos humanos e procedimentos. Dessa forma, a criação do HULW possibilitou ainda um alargamento nas oportunidades de trabalho para diversos profissionais do Estado. Sobre isso, é necessário destacar que atualmente,

o HULW conta com 1.618 servidores vinculados ao Regime Jurídico Único (RJU), 867 colaboradores, 751 contratados através de concurso público realizado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e 335 servidores terceirizados. (EBSERH, 2016/2017).

Com relação à gestão da EBSERH, faz-se necessário enfatizar que a mesma tem se utilizado de cursos de capacitação e atualização de conhecimentos para os servidores, com o seguinte lema: “Investir no capital intelectual é investir na criação de novos projetos, na humanização das relações, na solução dos problemas, nas competências individuais e do grupo de trabalho”. (FREITAS, 2016, p. 20).

Atualmente o hospital universitário possui as seguintes especialidades: Alergia e imunologia pediátrica; Anestesiologia; Cardiologia; Cardiologia pediátrica; Cirurgia de cabeça e pescoço; Cirurgia do aparelho digestivo; Cirurgia geral; Cirurgia pediátrica; Cirurgia plástica; Cirurgia torácica; Clínica médica; Coloproctologia; Dermatologia; Ecocardiografia; Endocrinologia e metabologia; Endocrinologia pediátrica; Endoscopia; Enfermagem clínica; Fonoaudiologia; Gastroenterologia; Geriatria; Ginecologia; Hematologia e hemoterapia; Hepatologia; Infectologia; Mastologia; Medicina do trabalho; Nefrologia; Neurologia; Nutrição clínica; Obstetrícia; Oftalmologia; Ortopedia e traumatologia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Pneumologia; Psicanálise; Psicologia; Psicologia clínica; Psiquiatria; Psiquiatria da infância e adolescência; Reumatologia; Reumatologia pediátrica; e Urologia. (EBSERH, 2016/2017). Além de ser considerado referência em atenção ambulatorial especializada, realizando cirurgias ambulatoriais, atendimento pré-natal para acompanhamento de gestantes de alto risco, exames de média e alta complexidade nas áreas de patologia clínica, Anatomopatologia e Citopatologia, Radiodiagnósticos, Ultrassonógrafos e Diagnose. (EBSERH, 2016/2017).

De acordo com o Plano Diretor Estratégico (2016/2017), o HULW possui 220 leitos ativos, 10 laboratórios e 80 consultórios médicos em que são realizados aproximadamente 20 mil atendimentos, 700 internações, 250 cirurgias e até 50 mil exames por mês. Ademais, o HULW apresenta-se como um hospital de média e alta complexidade e é tido como referência para todo o estado da Paraíba, atendendo mediante regulação. Contudo, é importante salientar que a demanda não regulada ainda é grande e compreende cerca de 30% das consultas realizadas no ambulatório do hospital. O PDE enfatiza ainda que,

[...] a articulação de recursos e práticas de produção de saúde orientadas por diretrizes clínicas que objetivam a condução oportuna e ágil dos pacientes pelas possibilidades de diagnóstico e terapia em resposta às suas necessidades de saúde. (EBSERH, 2016/2017, p. 5).

Entretanto, percebe-se a necessidade de um melhor acolhimento ao usuário do sistema, que vai desde a receptividade do paciente até o esclarecimento do diagnóstico e tratamento. Além disso, é indispensável que sejam propiciados recursos tecnológicos, a fim de possibilitar um atendimento qualificado e humanizado. (FREITAS, 2016).

O HULW, por ser um hospital escola, atuando com ensino, pesquisa e extensão responsabiliza a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) pela implementação das resoluções da Universidade Federal da Paraíba e do Hospital Universitário Lauro Wanderley em torno do ensino, pesquisa, extensão e educação continuada, de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e do projeto pedagógico de cada curso de Graduação e curso Técnico da UFPB que atuam no HULW em conjunto com as normatizações dos Programas de Pós-Graduação em nível de *lato e stricto sensu*. Além de assegurar a efetividade do processo de gestão, nas áreas supracitadas. Assim sendo, as competências da GEB se classificam em:

Coordenar e assegurar a implantação de mecanismos de organização e monitoramento das informações referentes ao ensino, à pesquisa e à extensão no Hospital Universitário; Analisar e viabilizar a execução das propostas de ensino e pesquisa no âmbito do Hospital; Representar o Hospital Universitário nos assuntos pertinentes ao ensino, à pesquisa e à extensão. (EBSERH, 2016/2017, p. 7).

As atividades de ensino voltadas para a Graduação são: Estágio obrigatório; atividades teórico-práticas; visitas técnicas; cursos e Simpósios. Na pós-graduação identificam-se a Residência médica; a Residência multiprofissional; e a Educação continuada e permanente (cursos e eventos). Como atividades de pesquisa têm-se as atividades acadêmicas: Trabalho de Conclusão de curso (TCC), Projeto de Iniciação Científica (PIBIC), Projeto de Iniciação Científica Voluntário (PIVIC), monografia, dissertação e tese; os projetos de pesquisa individual e em grupo e a pesquisa multicêntrica. E por fim, as atividades de extensão, que são: Projetos de extensão individual e em grupo (com ou sem bolsistas). (EBSERH, 2016/2017). É importante salientar que as pesquisas realizadas no HULW não possuem nenhum tipo de apoio financeiro para o seu desenvolvimento. Tais pesquisas são realizadas em sua maioria por iniciativas individuais. (EBSERH, 2016/2017).

O HULW oferece ainda as residências: Multiprofissional, em Buco-Maxilo facial e médica nas áreas de Anestesiologia, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia e obstetrícia, Pediatria, Oftalmologia, Terapia intensiva e Doenças Infectocontagiosas, Mastologia, Endoscopia, Ginecologia, Reumatologia, Endocrinologia, Psiquiatria e Dermatologia. (EBSERH, 2016/2017). O projeto que instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde

Hospitalar (RIMUSH) foi aprovado em 2010, fizeram parte desse processo, as seguintes categorias profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas. A finalidade da RIMUSH consiste na formação de profissionais críticos, reflexivos e capacitados nas questões específicas da atenção a saúde numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar e que estejam constantemente em discussão teórico-prática e perpetuação da profissão.

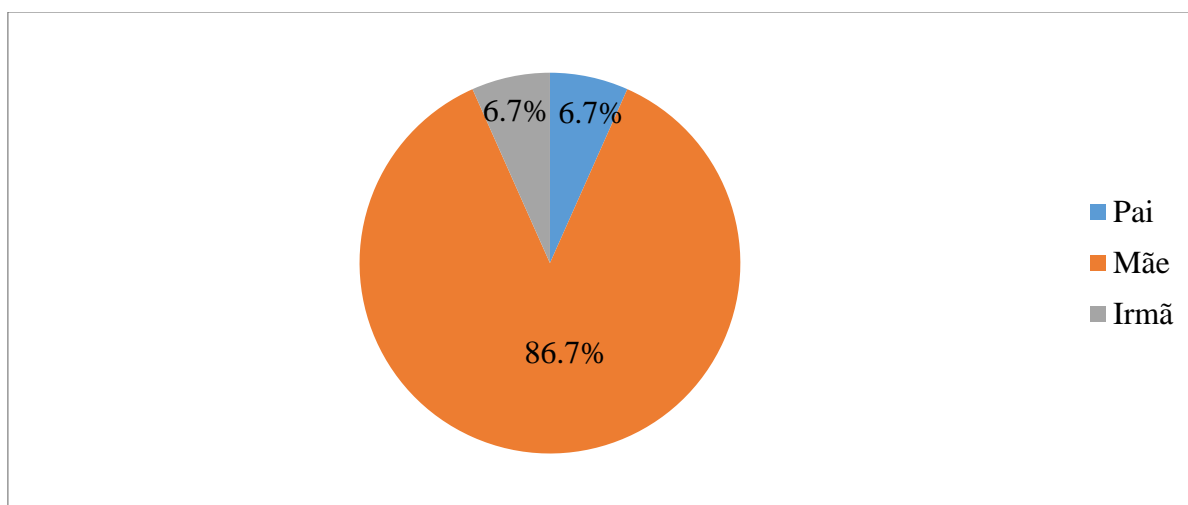
O comitê de ética do HULW também se configura como um importante setor do HULW, ao passo que representa uma instância interdisciplinar que analisa e delibera sobre as pesquisas que envolvam o público atendido no hospital, com vistas a avaliar se as pesquisas realizadas estão enquadradas as normas éticas estabelecidas para pesquisas em seres humanos, com o intuito de resguardar a dignidade, os direitos e o bem-estar do participante da pesquisa.

#### 4.2 Perfil dos participantes do estudo

A pesquisa contou com uma amostra de 15 sujeitos, sendo estes, atendidos no ambulatório de pediatria. Cujos usuários tem histórico de doenças crônicas e realizam tratamento nas especialidades de Reumatologia e Endocrinologia.

A primeira variável analisada foi em relação ao parentesco do acompanhante da criança ou adolescente que estava utilizando o serviço via TDF. Observou-se que a maioria dos pesquisados estava acompanhado pelas mães, conforme aponta o Gráfico 1.

**GRÁFICO 1:** Distribuição dos participantes por grau de parentesco



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico demonstrou que 87% dos usuários entrevistados compareceram ao serviço acompanhados pela mãe, 6,7% acompanhados pelo pai e 6,7% com a irmã. Diante disso, percebe-se uma maior participação da mãe no cuidado com os filhos, principalmente no que se refere à assistência prestada na vivência da cronicidade.

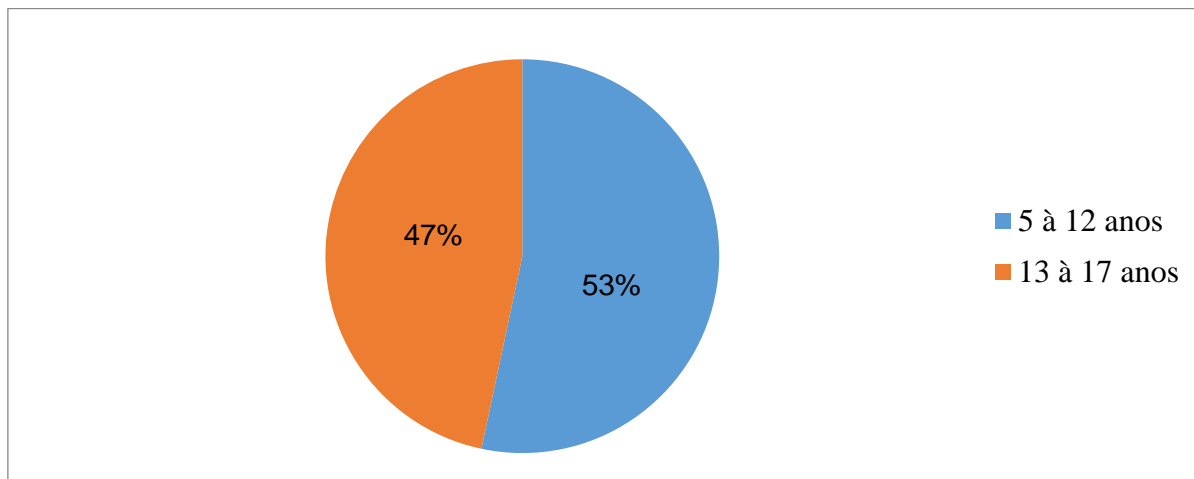
Nesse sentido, é importante destacar que o diagnóstico de doença crônica infantil ou na adolescência em um primeiro momento acarreta tensões nas famílias, no que diz respeito à incerteza em relação à capacidade de lidar com o árduo e complexo cuidado que a cronicidade exige. Vale lembrar acerca da importância do apoio destes na promoção do bem-estar do paciente. (ALMEIDA et al, 2006).

É nesse contexto que Almeida, et al (2006) enfatiza que há uma sobrecarga da mãe no processo de cuidado do(s) filho(s) com diagnóstico de doença crônica, desencadeando por conseguinte: a mudança de hábitos, alterações na rotina e a responsabilização pelo acompanhamento dos filhos aos serviços de saúde. Além disso, em pesquisa realizada com mães de crianças com doenças crônicas, concluiu-se que, a realização do cuidado acaba por provocar mudanças que se refletem no trabalho e em seus anseios individuais, posto que as energias e esforços voltam-se unicamente ao cuidado. (ALMEIDA et al, 2006).

Como descrito no gráfico 1, a participação da figura do pai no processo do acompanhamento dos filhos é baixa. Sobre isso, Sussmuth (1988) apud Martin e Ângelo (1999), explicam que, alguns dos homens se recusam a assumir ou participar mais ativamente do cuidado com os filhos, sob o argumento de que são menos aptos para tal atividade.

Assim sendo, Almeida et al (2006) discute que a divisão da responsabilidade do cuidado pela família é uma alternativa de redução do desgaste físico e mental, contribuindo para a qualidade de vida dos envolvidos no cuidado ao paciente crônico.

Outra variável analisada foi em relação à idade das crianças ou adolescentes usuários do serviço por meio do TFD. Constatou-se que a maior parte dos entrevistados tem idades entre 5 e 12 anos, como visualizado no gráfico 2.

**GRÁFICO 2:** Distribuição dos participantes por faixa etária

**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

Conforme aponta o gráfico 2, dentre os sujeitos pesquisados, 53% tem idades entre 5 e 12 anos e 47% com idades entre 13 e 17 anos. Percebeu-se, portanto, um predomínio da cronicidade nas crianças com idades entre 5 e 12 anos, o que leva a reflexão acerca do avanço das doenças crônicas nos primeiros anos de vida.

Entende-se que essas crianças, em comparação às crianças saudáveis, possuem uma rotina de hospitalizações e mesmo os sintomas da doença, impedem que a mesma tenha experiências que são próprias à primeira infância, que pode comprometer as fases posteriores de sua vida.

Segundo Castro e Piccinini (2002, p. 625), “a doença crônica na infância apresenta uma prevalência bastante elevada com implicações para o desenvolvimento da própria criança e também para sua relação familiar.” Nesse sentido, os sintomas e as constantes avaliações médicas que o paciente crônico se submete alteram consequentemente o seu estado físico e mental, bem como as interações sociais, podendo este desenvolver até mesmo, a depressão infantil. (CASTRO; PICCININI, 2002).

É importante destacar que, o aumento das doenças na infância está relacionado ao ideário da integralidade do cuidado, ao passo que a atenção integral tem como finalidade, a vigilância da saúde da criança por meio do acolhimento e ações de prevenção, promoção e acesso aos serviços, inclusive nos casos de doenças crônicas na infância. (NÓBREGA et al, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma pesquisa Nacional realizada em 2008 concluiu que 9,1% de crianças de 0 a 5 anos, 9,7% de 6 a 13 anos e

11% dos adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população nessa faixa etária, tem doença crônica. Nota-se assim, que essa população exige um olhar atencioso por parte da gestão da saúde, bem como por profissionais capacitados para atender as demandas dessa população. (NÓBREGA et al, 2013)

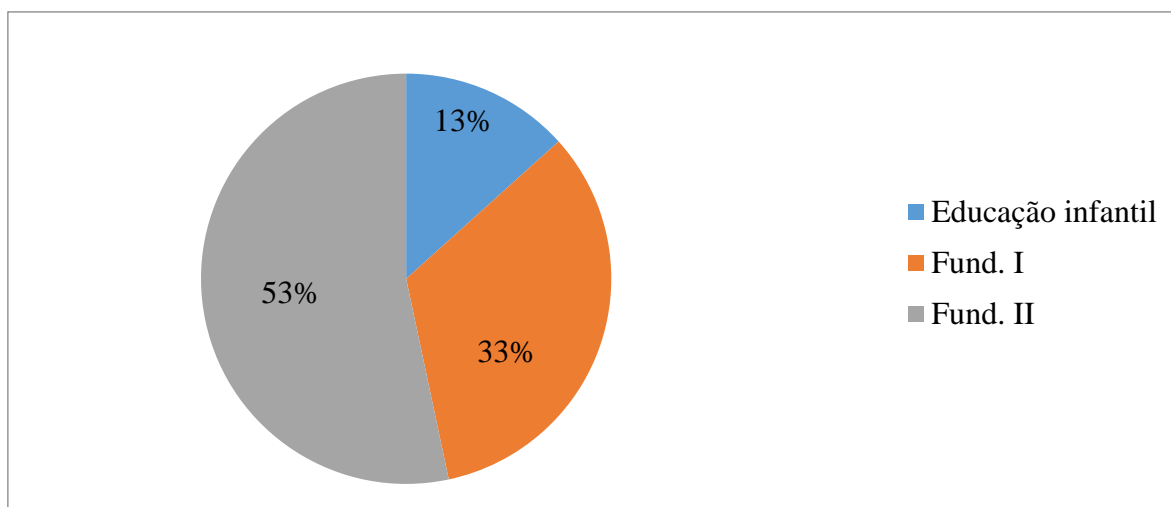
É nesse contexto que a Rede de Atenção à Saúde deve garantir o suporte a esses pacientes, com vista a garantir a atenção integral a saúde, o que envolve o acompanhamento deste, garantindo a continuidade do tratamento nos níveis de complexidade indicados. Assim,

Observa-se nas práticas de saúde incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência atual de declínio dos problemas agudos e ascensão das condições crônicas dos usuários dos serviços de saúde. (NÓBREGA et al, 2013, p. 58).

Diante disso, percebe-se que há uma necessidade de qualificação dos serviços de saúde, com vistas à redução do número de crianças vítimas da cronicidade, por meio do aprimoramento da assistência, particularmente, na atenção primária. Além do aperfeiçoamento dos recursos humanos e materiais, com o intuito de promover ações condizentes às demandas singulares que emergem da condição crônica. (NÓBREGA et al, 2013).

Analisou-se também os dados relacionados às crianças e adolescentes no que concerne à distribuição por nível de escolaridade. Para esta classificação estabeleceu-se as categorias: Educação infantil, Fundamental I e II. Constatou-se através dos dados que a maior parte dos usuários se encontra no Fundamental II conforme visualizado no gráfico 3.

**Gráfico 3:** Distribuição dos participantes por nível de escolaridade



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

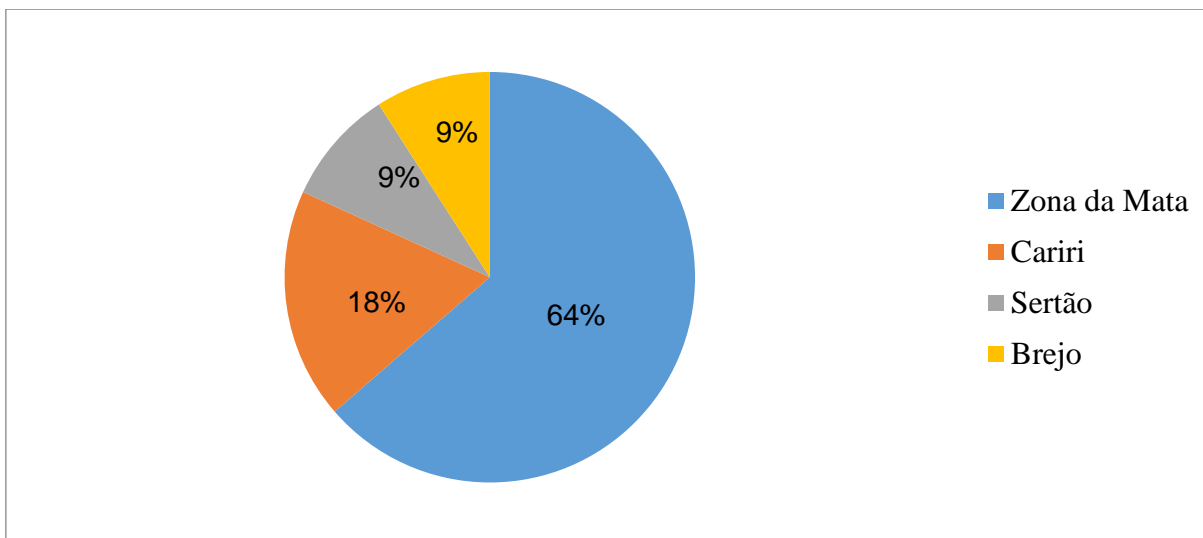
De acordo com o gráfico acima, 53% dos pesquisados estão no fundamental II, que compreende as séries: 6º ao 9º ano, 33% está no Fundamental I, composto pelas séries: 1º ao 5º ano, e apenas 13% encontram-se na Educação Infantil.

Conforme discutido anteriormente, a doença crônica traz como consequência alterações na realidade das crianças e adolescentes com esse diagnóstico. Essas transformações também se refletem na aprendizagem, em razão das necessidades impostas pelas condições da doença. Os sintomas e o árduo tratamento da cronicidade são os principais causadores do abandono ou dificuldade para se manter no nível escolar concernente a faixa etária.

Com base nos dados coletados, percebeu-se que alguns dos adolescentes ainda não estão cursando o devido nível escolar. A partir dos dados, observou-se que 1 dos pesquisados (com 14 anos) está no fundamental I, quando deveria estar no Fundamental II e mais 2 sujeitos (com 16 e 17 anos) da pesquisa estão no Fundamental II, quando deveriam estar no ensino médio. Totalizando 20% dos usuários que não estão nos níveis respectivos à sua faixa etária.

Percebe-se assim, que são inúmeros os desafios a educação da criança ou adolescente com doença crônica. Nóbrega et al (2013) apontam algumas dessas dificuldades: a ausência de informações da escola sobre a doença; a indiferença dos hospitais com a situação acadêmica dos usuários; a falta de comunicação entre a escola e a instituição de saúde; o desinteresse da gestão escolar em melhorar a integração desses alunos; a dificuldade dos professores no trabalho com alunos quem possuem a condição de doença crônica; a impotência do aluno diante das dificuldades físicas e psicológicas; além da ausência de políticas efetivas que garantam recursos materiais e humanos para a continuidade do processo educativo dos pacientes crônicos.

Outra variável analisada foi em relação à distribuição dos entrevistados por regiões geográficas do Estado da Paraíba. Percebeu-se que os sujeitos estão distribuídos nas regiões: Zona da Mata, Cariri, Sertão e Brejo. Sendo a maioria localizada na Zona da Mata, conforme aponta o gráfico 4.

**Gráfico 4:** Distribuição dos participantes por regiões

**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico acima demonstra que 64% dos entrevistados estão localizados na Zona da Mata (Mamanguape, Caaporã, Pedras de Fogo, Itapororoca, Jacaraú, Sobrado e Sapé); 18% no Cariri (Juazeirinho e Sumé); 9% no Sertão (Teixeira); e 9% no Brejo (Pirpirituba).

Observou-se a partir dos dados que a região da Zona da Mata se destaca em relação às outras, no que se refere ao suporte do programa TFD no auxílio aos pacientes com diagnóstico de doenças crônicas. Tal assertiva se explica pelo fato da capital João Pessoa ser referência para a região da Zona da Mata. Embora, João Pessoa represente uma das sedes de macrorregião de saúde que é responsável por atender as maiores demandas proveniente das cidades vizinhas, representando 47,81% (65 municípios) da população paraibana. O Brejo paraibano está localizado nas proximidades de Campina Grande, que é uma das sedes de macrorregião, representando 28,30% (70 municípios) da população. O sertão paraibano tem como referência, as cidades de Patos e Souza, tendo em vista que também são sedes de macrorregião de saúde, sendo referência para as cidades vizinhas, representando 12,02% (48 municípios) e 11,87% (40 municípios) da população respectivamente. Isso explica o baixo número (9%) de usuários do TFD vindos do Sertão e do Brejo. (BRANDÃO, 2012).

Contudo, João Pessoa é uma das sedes de serviços especializados em média e alta complexidade para grande parte das patologias, ou seja, cabe a capital paraibana absorver as demandas emergentes de todo o Estado, além dos Estados vizinhos. (BRANDÃO, 2012). A presença de usuários de regiões próximas às sedes das macrorregiões de saúde se dá, na maior parte dos casos pela falta de estrutura para atender as necessidades requeridas pela condição crônica, além da ausência de recursos, em função da precarização da saúde. Vale ressaltar que a

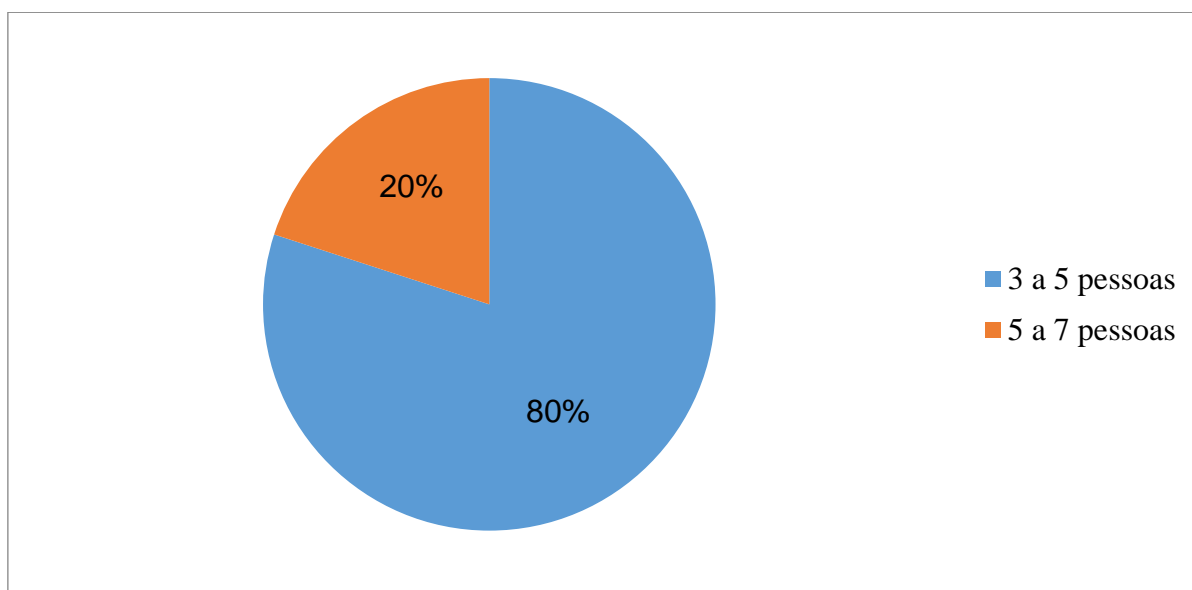
ausência de suporte por parte da gestão dos municípios, no que se refere ao TFD, também é um dos motivos para a concentração de usuários de uma determinada região (Zona da Mata) em relação às demais.

É importante mencionar que, com a institucionalização e a descentralização dos serviços de saúde, a regionalização passou a ser necessária como forma de facilitar o acesso aos serviços de saúde. Cabendo aos municípios a responsabilidade pela gestão da saúde e ao Estado o papel de coordenar, avaliar e intermediar a política de saúde entre os munícipes, com vistas à adequação dos serviços de saúde às realidades regionais. (BRANDÃO, 2012).

Outro aspecto importante diz respeito ao Plano Diretor de Regionalização da Paraíba (PDR) que foi elaborado no ano de 2001, e este vigorou, sem alterações, até a publicação da Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, definindo o Pacto pela Saúde. O PDR do Estado da Paraíba foi instituído com a finalidade de proporcionar a assistência de média e alta complexidade, promovendo o acesso da população aos serviços de saúde. Com o objetivo de promover esse acesso, a Paraíba tem colocado em prática o programa TFD, com vistas a atender as demandas em saúde quando não tratáveis no município de origem. Assim sendo, O PDR/PB assegura que através do TFD o usuário e seu acompanhante tenham seus direitos garantidos e possam ter acesso aos serviços de média e alta complexidade. (BRANDÃO, 2012).

A pesquisa preocupou-se em analisar a variável relacionada ao núcleo familiar dos entrevistados. Verificou-se com base nos dados que a maioria dos participantes tem núcleo familiar composto de 3 a 5 pessoas, conforme demonstrado no gráfico 5.

**Gráfico 5:** Distribuição dos participantes por núcleo familiar



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico 5 constatou que 80% dos entrevistados tem o núcleo familiar formado por 3 a 5 pessoas, e 20% tem núcleo familiar constituído por 5 a 7 pessoas.

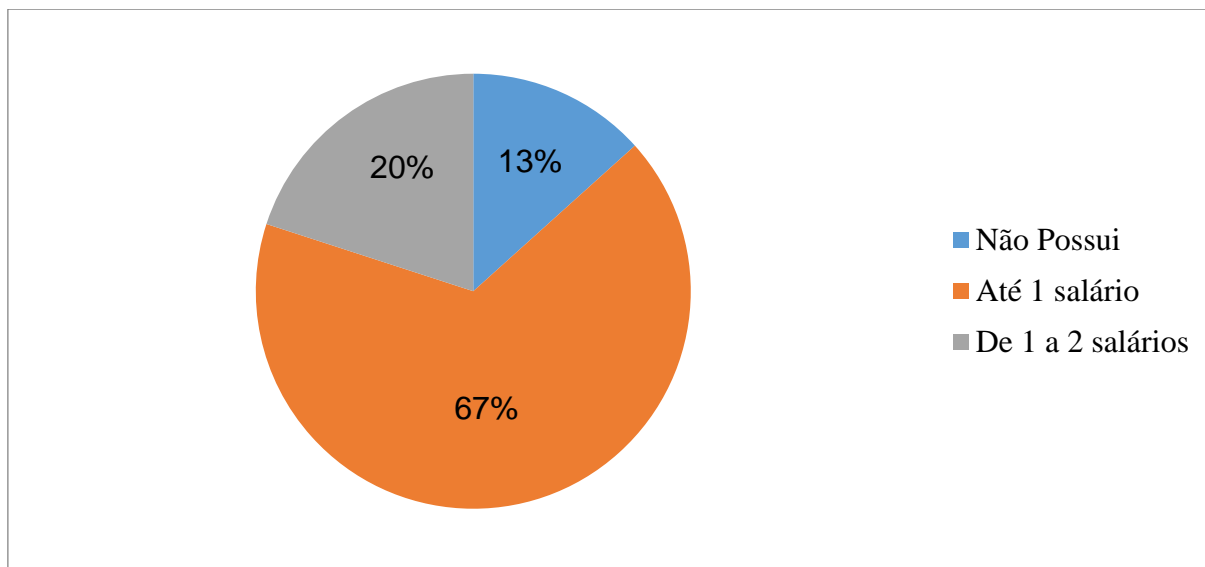
Segundo pesquisa realizada pelo IBGE de 2010, no Brasil a média de pessoas que moram no mesmo domicílio caiu de 3,79 para 3,34. Embora a população tenha crescido, o número de domicílios aumentou, sem falar na queda da fecundidade (número de filhos por mulher) associado ao envelhecimento da população, corroborando para a diminuição das famílias.

A família, como um grupo de indivíduos que dividem o mesmo domicílio tem sofrido as inferências do sistema capitalista, principalmente porque a gravidade do quadro de pobreza no Brasil tem ganhado proporção, provocando a queda da fecundidade. Em contrapartida, os investimentos públicos brasileiros, na área social, estão cada vez mais vinculados ao desempenho da economia. Além disso, a desigualdade na distribuição de renda e os elevados níveis de pobreza fazem com que parte significativa da população não tenha acesso às condições mínimas de cidadania, uma vez que a pobreza é reflexo da insuficiência de recursos básicos que garantam qualidade de vida. (GOMES; PEREIRA, 2005).

Em razão da ausência de políticas de proteção social a população em situação de pobreza, decorrente da programática neoliberal em curso no país, a família é chamada a responder por essa problemática sem condições para tal. Em outras palavras, o Estado reduz sua intervenção social e deposita nas famílias a responsabilidade de superar a condição econômica. Nesse sentido, vale salientar que “a injustiça social dificulta o convívio saudável da família, favorecendo o desequilíbrio das relações e a desagregação familiar.” (GOMES; PEREIRA, 2005, p. 2).

Diante disso, é necessário reforçar que, faz-se urgente a implementação de políticas sociais, na perspectiva de promover assistência eficaz e contínua às famílias em situação de vulnerabilidade social e que convivem com a cronicidade, garantindo seus direitos básicos, como: o acesso à educação, saúde, alimentação, moradia e proteção integral às crianças e adolescentes.

Outra variável analisada diz respeito à distribuição dos pesquisados por renda familiar. Com base nos dados, observou-se que maioria dos entrevistados possui renda de até 1 salário mínimo, conforme aponta o gráfico 06.

**Gráfico 06:** Distribuição dos participantes por renda familiar

**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico acima demonstrou que 67% dos entrevistados possui renda de até 1 salário mínimo; 20% possui renda de 1 a 2 salários mínimos; e 13% não possui renda. Esses dados acima levam em consideração o salário mínimo que atualmente é R\$ 954,00.

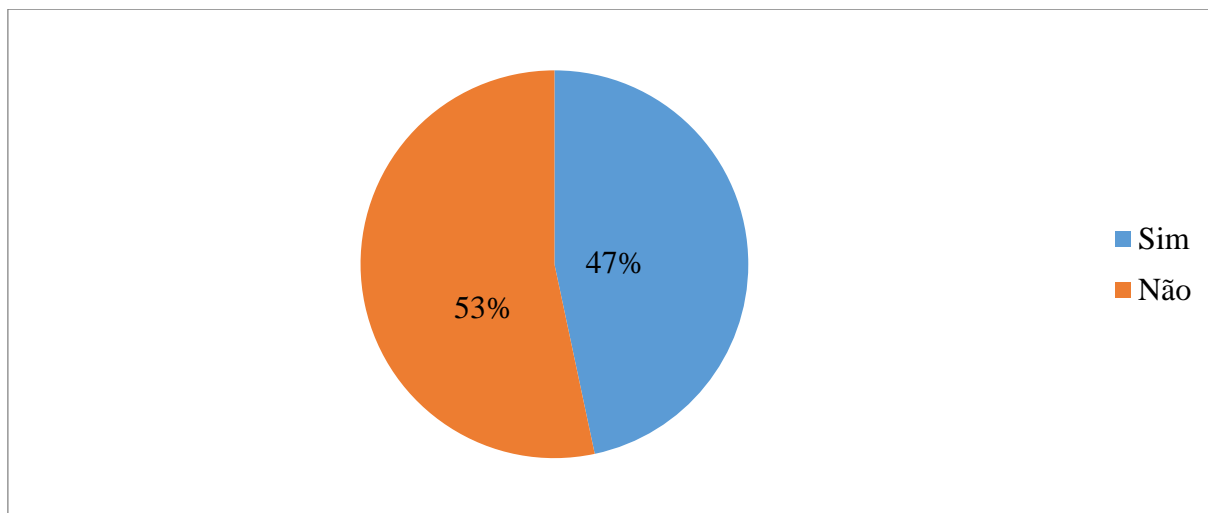
Nesse sentido, percebe-se que a maior parte dos pesquisados está distribuída entre aqueles que recebem até 1 salário e os que não possuem renda, totalizando 80% dos entrevistados que se enquadram no nível econômico baixo, levando-se em consideração os respectivos núcleos familiares. Dessa forma, estimando que determinada família possua renda de 1 salário mínimo para um total de 5 pessoas, a renda per capita é de 190,80.

Segundo os dados do IBGE de 2017, cerca de 50 milhões de brasileiros, o equivalente a 25,4% da população vivem na linha de pobreza e têm renda familiar equivalente a R\$ 387,07 – Valor adotado pelo Banco Mundial para definir a situação de pobreza. (IBGE, 2017).

Nota-se que no Brasil há uma profunda desigualdade de renda. Sobre isso, Gomes e Pereira (2005, p. 4) afirma que “[...] o Brasil, no limiar do século 21, não é um país pobre, mas um país extremamente injusto e desigual [...]”. Assim sendo, a má distribuição de renda e a falta de oportunidades de inclusão econômica e social afetam as condições de sobrevivência e as expectativas de superação da situação econômica desfavorável, impondo as famílias, a renúncia de seus anseios e objetivos. (GOMES; PEREIRA, 2005).

Este estudo buscou analisar a variável relacionada à distribuição dos participantes por beneficiários dos programas de transferência de renda. Ao verificar os dados identifica-se que a maior parte dos entrevistados não recebem nenhum tipo de benefício, como visualizado no gráfico 7.

**Gráfico 7:** Distribuição dos participantes por beneficiários de programas de transferência de renda



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico acima mostra que 53% dos entrevistados não são beneficiários de nenhum programa de transferência de renda, em contrapartida 47% recebem algum tipo de benefício governamental.

Aos que responderam de forma afirmativa, qual o benefício que as mesmas recebem atualmente. Conclui-se que 47% dos participantes são assistidos pelo programa Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Sendo a maioria beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), conforme demonstra o gráfico 8.

**Gráfico 8:** Distribuição dos participantes por tipo de benefício



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico 8 revelou que 86% recebem Bolsa família e 14% recebem o BPC.

A transferência de renda é um direito do cidadão garantido pela Constituição de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica de Assistência Social (Lei 8. 742). De acordo com o artigo 1º da LOAS,

[...] a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 1993).

Desse modo, os direitos sócio assistenciais, se configuram na garantia de que todos tenham condições de assegurar sua sobrevivência, ou seja, devem ser assistidas todas as pessoas e/ou famílias em situação de vulnerabilidade social. (VALE, 2009). Nesse sentido, a expansão dos programas de transferência de renda é efetuada num contexto socioeconômico marcado pela precarização das relações de trabalho, pelo aumento do desemprego e conseqüentemente da vulnerabilidade social. (ARAÚJO, 2009).

Tratando especificamente dos benefícios identificados, nota-se que o PBF e o BPC estrategicamente se configuram no enfrentamento a pobreza, garantindo o suprimento das necessidades básicas. De acordo com Vale (2009), o Programa Bolsa Família,

No contexto de uma realidade social marcada por uma pobreza persistente, mobiliza discursos, orientações políticas e ideológicas que determinam o seu alcance e os seus limites, no âmbito das estratégias sociais de combate a pobreza. (VALE, 2009, p. 52).

Desse modo, é importante mencionar que, o Programa Bolsa Família tem dois grandes objetivos: combater a fome, a pobreza e as desigualdades sociais por meio da transferência de renda associada à garantia de acesso aos direitos sociais básicos (saúde, educação, assistência social e segurança alimentar); e promover a inclusão social, com vistas à emancipação das famílias. (ARAÚJO, 2009). Atualmente, o Programa Bolsa Família utiliza como critério de inclusão, a renda per capita entre 89,00 e 178,00.

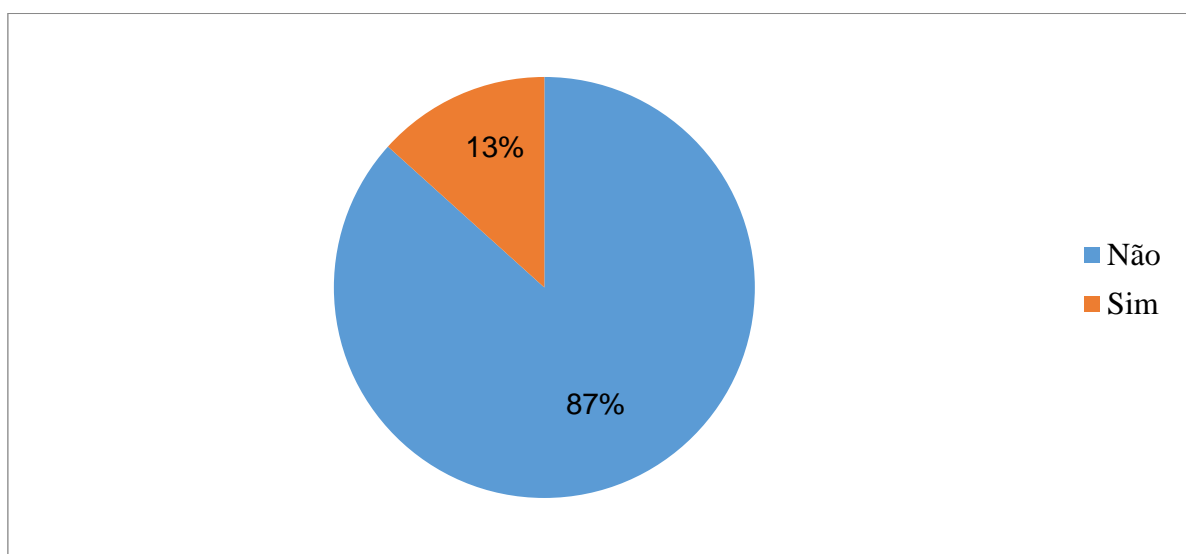
O BPC é uma política pública prevista pela LOAS que visa combater as desigualdades. Além disso, o BPC funciona como mecanismo de segurança de renda, a fim de subsidiar, além dos bens necessários a sobrevivência, os gastos com tratamentos de saúde, moradia e a independência social e financeira dos beneficiários em relação a sua família. (SANTOS, 2011). Desse modo, o BPC destina-se as pessoas com algum tipo de deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprove não possuir meios de prover suas necessidades ou de tê-la mantida pela sua família. O requerente não precisa ser contribuinte da Previdência Social, mas necessita comprovar renda familiar per capita inferior a ¼ do salário mínimo, além de não acumular o BPC

com qualquer outro benefício no âmbito da seguridade social ou de outro regime. (PEREIRA, 1995).

Ademais, é relevante destacar a importância dos programas de transferência de renda para os indivíduos com doenças crônicas, tendo em vista que a condição crônica impõe limitações às famílias e principalmente as mães, posto que algumas precisam abdicar de exercer suas atividades laborativas para dedicar-se ao(s) filho(s). Além disso, tem-se ainda, a situação de vulnerabilidade social que muitas famílias se encontram e os custos elevados do tratamento. Tal afirmativa é verificada nos gráficos 05, 06, 07 e 08, a maior parte dos usuários (53%) não recebe nenhum tipo de benefício, sendo que 80% tem renda de até 1 salário mínimo ou não possui renda para um total de 3 a 5 pessoas (80%), corroborando para o entendimento de que a maior parte dos usuários encontra-se em situação de pobreza.

Outra variável analisada diz respeito à satisfação da renda familiar para atendimento das necessidades. Com base nos dados, nota-se que a maioria dos entrevistados considera a renda insuficiente para atender todas as necessidades da família, conforme mostra o gráfico 9.

**Gráfico 9:** Distribuição dos participantes por satisfação da renda



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

De acordo com o gráfico acima, 87% dos entrevistados relatou que a renda é insuficiente para suprir as necessidades da família, contudo 13% dos pesquisados considera a renda suficiente.

Como abordado anteriormente, a condição crônica provoca alterações no cotidiano das crianças e adolescente com este diagnóstico e embora o Estatuto da Criança e do adolescente tenha previsto direitos fundamentais como: o direito a vida, à saúde, educação, alimentação,

moradia etc., (BRASIL, 2014) a população nem sempre goza destes direitos, principalmente por se encontrar em uma situação econômica desfavorável. Além disso, esses direitos que deveriam ser supridos, por políticas públicas são lateralizados, em razão do sistema opressor que o país encontra-se submerso.

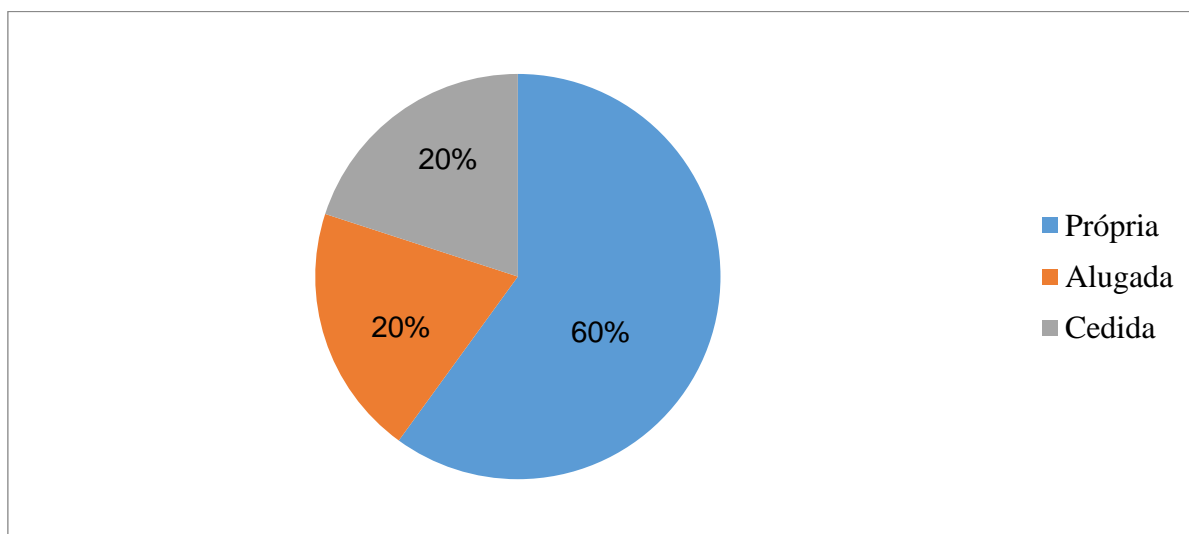
A vulnerabilidade socioeconômica traz implicações como a má alimentação e as condições insalubres de moradia. Sobre isso, Sawaia (2006) aponta algumas das consequências da alimentação inadequada associada a más condições de moradia: a perda de peso; o crescimento deficiente; a baixa imunidade; danos na mucosa gastrointestinal; perda de apetite; má absorção do alimento; alterações importantes no metabolismo; surgimento de novas doenças; além de prejudicar o andamento do tratamento, fazendo com que o quadro de saúde se agrave ainda mais.

Nesse sentido, é importante mencionar que a desnutrição é responsável por 55% das mortes de crianças no mundo inteiro. No Brasil, a desnutrição vem ganhando relevo como indicador de pobreza. (SAWAIA, 2006).

No tocante ao público pesquisado, é possível visualizar através dos dados que trata-se uma realidade presente na vida de crianças e adolescentes que sofrem com os efeitos da cronicidade e tem que lidar com o fato de não disporem das condições para atender suas necessidades essenciais. Em decorrência das dificuldades financeiras, tem-se em alguns casos, a descontinuação do tratamento e/ou não cumprimento das exigências do mesmo.

Esta pesquisa também analisou a situação de moradia dos pesquisados. Através dos dados, constatou-se que a maior parte da população entrevistada reside em casa própria, conforme aponta o gráfico 10.

**Gráfico 10:** Distribuição dos participantes por situação de moradia



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico 10 descreve a situação de moradia dos participantes da pesquisa, revelando que 60% dos entrevistados tem moradia própria, 20% reside em imóvel alugada e 20% domicilia-se em residência cedida.

O direito a moradia está inserido nos direitos sociais, como consta no art.6º da Constituição Federal:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988).

Contudo, a questão habitacional no Brasil se constitui em um dos mais graves problemas sociais do país, que atinge tanto os grandes centros, como as regiões mais pobres, “onde a precariedade da estrutura de moradias aparece como um fator agravante para a questão da pobreza em suas inúmeras manifestações”. (GONÇALVES, 1998, p. 1).

Segundo dados do IBGE, no período de 2004 a 2014 o número de domicílios alugados cresceu de 15,4% para 18,5%, enquanto os domicílios próprios permaneceram constantes, totalizando 73,7%.

Nesse sentido é importante mencionar que, a consolidação do direito à moradia para os grupos vulneráveis requer a implementação de políticas habitacionais que possam atender as necessidades da população em situação de pobreza. No Brasil, foram desenvolvidos programas de habitação, como é o exemplo do Programa Minha Casa, Minha Vida, que visa tornar acessível à moradia para a população de baixa renda nas áreas urbanas. Podendo ser beneficiadas, as pessoas com renda de até R\$ 1.600,00, desde que organizadas de forma associativa por uma Entidade, seja ela: cooperativa, associação e demais instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos. O Programa Minha Casa, Minha Vida tem como agente operador e financeiro, a Caixa Econômica Federal (CEF), que é responsável por analisar e acompanhar as propostas de intervenção habitacional sob os aspectos: jurídicos, cadastrais e técnicos de arquitetura, engenharia e trabalhos sociais. (CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, 2010).

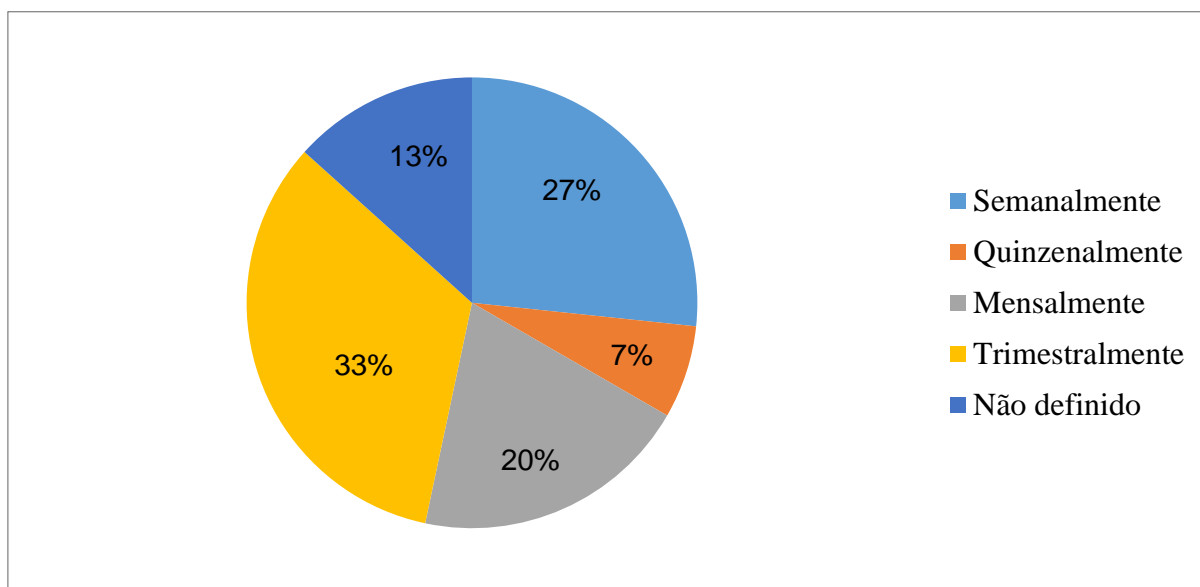
Outro aspecto importante se refere ao Programa de Aceleração de Crescimento (PAC) criado em 2007, na segunda gestão do presidente Lula. O PAC tem como objetivo: estimular o crescimento da economia brasileira, por meio de investimentos em obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país, com vistas ao desenvolvimento acelerado e sustentável. No ano de 2011 tem início a segunda fase do PAC, tendo como novidades, o aumento dos recursos e parcerias com Estados e Municípios na execução de projetos de infraestrutura públicos e privados e medidas institucionais, com vistas à geração de empregos e consequentemente o

crescimento da economia no país. Entre os projetos idealizados pelo PAC está a urbanização das favelas e a construção de moradias populares. (MORAES, 2009).

Diante disso, é importante destacar que, o processo de urbanização desencadeado pelos programas habitacionais tem repercutido nas estatísticas referentes ao déficit habitacional. Tal assertiva é verificada pelos dados coletados neste estudo, em que a maior parte dos pesquisados tem residência própria.

A pesquisa em questão também analisou a variável referente à frequência de comparecimento dos usuários para realização de atendimento no HULW. Após observação dos dados coletados, identificou-se que a maioria dos pacientes comparece ao serviço de saúde a cada três meses, conforme demonstra o gráfico 11.

**Gráfico 11:** Distribuição dos participantes por frequência de comparecimento ao serviço



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico acima revelou que 27% dos usuários comparecem ao serviço semanalmente, 7% quinzenalmente, 20% mensalmente, 33% trimestralmente e 13% não definido.

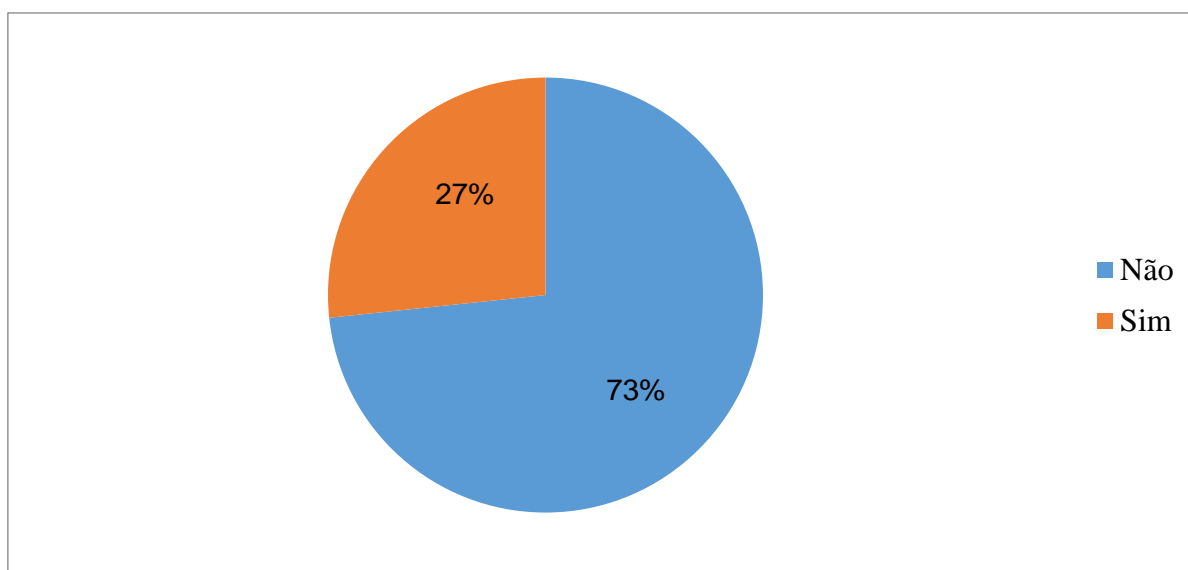
O usuário com diagnóstico de doença crônica necessita de um contínuo acompanhamento, em razão dos efeitos sintomáticos da doença, por esse motivo, os pacientes necessitam comparecer frequentemente aos serviços de saúde. Segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde - Portaria GM nº 1.820/2009, que dispõe sobre os direitos dos usuários do SUS, é direito do usuário: ser atendido primeiro, quando estiver em estado grave e/ou em maior sofrimento; o recebimento de informações claras sobre seu estado de saúde; anestesia e/ou remédios para aliviar as dores, quando necessário; o receituário médico claro e permissível à

leitura; tratamento de qualidade, humanizado e sem discriminação; a visualização de seu prontuário, sempre que quiser; recebimento gratuito de medicamentos e a farmácia popular. (PEREIRA, 1995)

Além disso, os usuários do SUS tem direito ao TFD, sempre que estes necessitem de atendimento fora de domicílio. Desse modo, o TFD fornece auxílio aos pacientes que precisam de atendimento em outro município ou Estado, desde que esgotadas todas as possibilidades de atendimento em sua localidade de origem. (PEREIRA, 1995). Nesse sentido, independentemente da frequência dos atendimentos, o usuário é acobertado pelo programa, que garante: transporte (terrestre, aéreo e fluvial); auxílio financeiro para alimentação e hospedagem (se necessário) para paciente e acompanhantes; e as despesas decorrentes de óbito de pacientes em TFD. (BRASIL, 1999).

Outra variável analisada diz respeito ao abandono de tratamento pelos usuários do TFD. Identificou-se a partir dos dados que, a maior parte dos pesquisados não abandonou o tratamento em nenhum momento, conforme demonstra o gráfico 12.

**Gráfico 12:** Distribuição dos participantes por abandono de tratamento

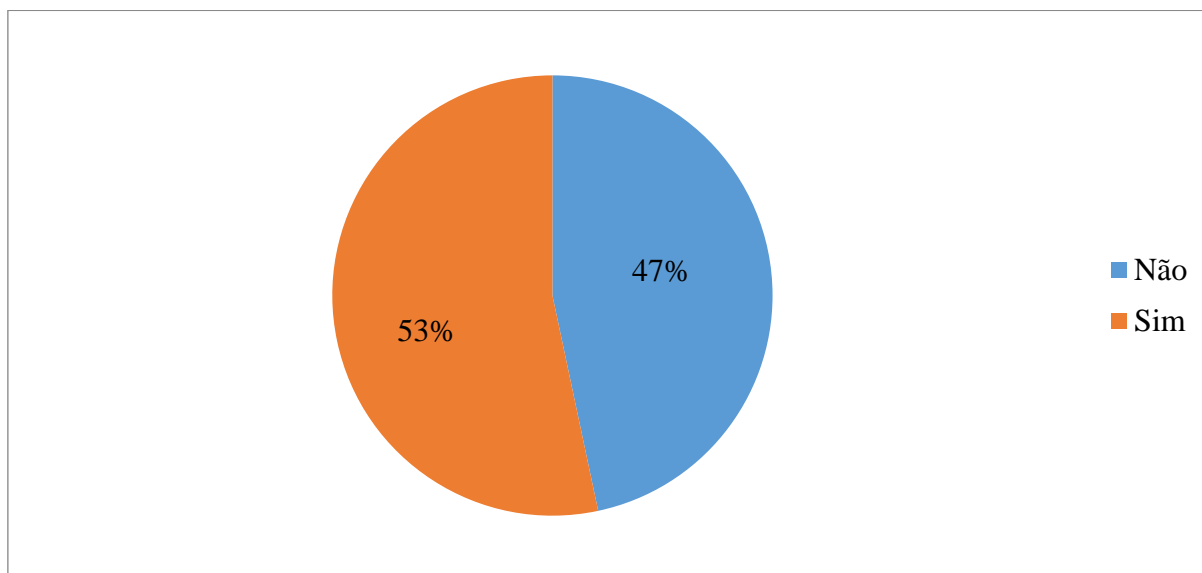


**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

De acordo com o gráfico acima, 73% dos pesquisados nunca abandonou o tratamento, em contrapartida, 27% dos usuários afirmaram ter descontinuado o tratamento por um determinado tempo. Os 27% que abandonaram o tratamento informaram que isso ocorreu por um período de 2 a 6 meses. Dentre os motivos apresentados estão: a falta de transporte; falta de condições financeiras; e dificuldades para realização dos exames solicitados.

Associado a isso, questionou-se acerca da possível perda de consultas pelos usuários de TFD. Com base nos dados coletados, concluiu-se que a maioria dos pacientes já perdeu alguma consulta por não ter condições de locomoção até o serviço de saúde, conforme demonstrado no gráfico 13.

**Gráfico 13:** Distribuição dos participantes por frequência de comparecimento ao serviço



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

Os dados acima demonstram que 53% dos pesquisados já perdeu alguma consulta por não ter condições de se locomover ao serviço de saúde, entretanto, 47% dos participantes da pesquisa afirmaram não ter perdido nenhuma consulta pelo motivo supracitado.

Com vistas à discussão dos dados apresentados nos gráficos 12 e 13, é pertinente considerar que, a condição crônica requer um cuidado e acompanhamento permanente, em que é exigido das famílias, maiores responsabilidades para com o(s) filho(s). Essas circunstâncias obriga-os, muitas vezes, a deixar de exercer suas funções laborativas, levando-as a dificuldades financeiras que tornam a experiência de vivência com a condição crônica ainda mais dolorosa, posto que a situação financeira implica na aquisição dos medicamentos necessários ao tratamento, na realização dos exames para averiguação do estado de saúde e em meios de locomoção para o serviço de saúde, tendo em vista que o programa TFD, bem como a política de saúde apresenta falhas em sua execução. (SILVA et al, 2010). Em síntese, a condição financeira, a falta de transporte e as dificuldades para a realização dos exames comprometem o andamento do tratamento.

Em relação ao direito ao TFD, é importante denotar que, embora a Portaria n° 55/1999 e o manual Estadual do TFD determinem que seja garantido o acesso ao tratamento, o sistema tem se mostrado faltoso em suas atribuições.

De acordo com o art. 3° do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, 2014).

Desse modo, o não acesso a esses direitos constitui uma violação ao ECA. Além disso, faz-se necessário destacar os impactos do abandono do tratamento para as condições de saúde do paciente crônico. Dentre as consequências da interrupção do tratamento estão: o agravamento do quadro de saúde atual; o surgimento de infecções e/ou novas doenças; a agressividade dos sintomas e até mesmo a morbimortalidade.

Sobre a questão da mortalidade é importante denotar que, no Brasil, cerca de 72% das mortes têm como causa, as doenças crônicas, atingindo populações de todas as camadas socioeconômicas e de forma mais intensa os grupos em situação de vulnerabilidade, em função da exposição aos fatores de risco e ao menor acesso aos serviços de saúde. (MALTA et al, 2011).

### **4.3 Conhecimentos sobre o TFD**

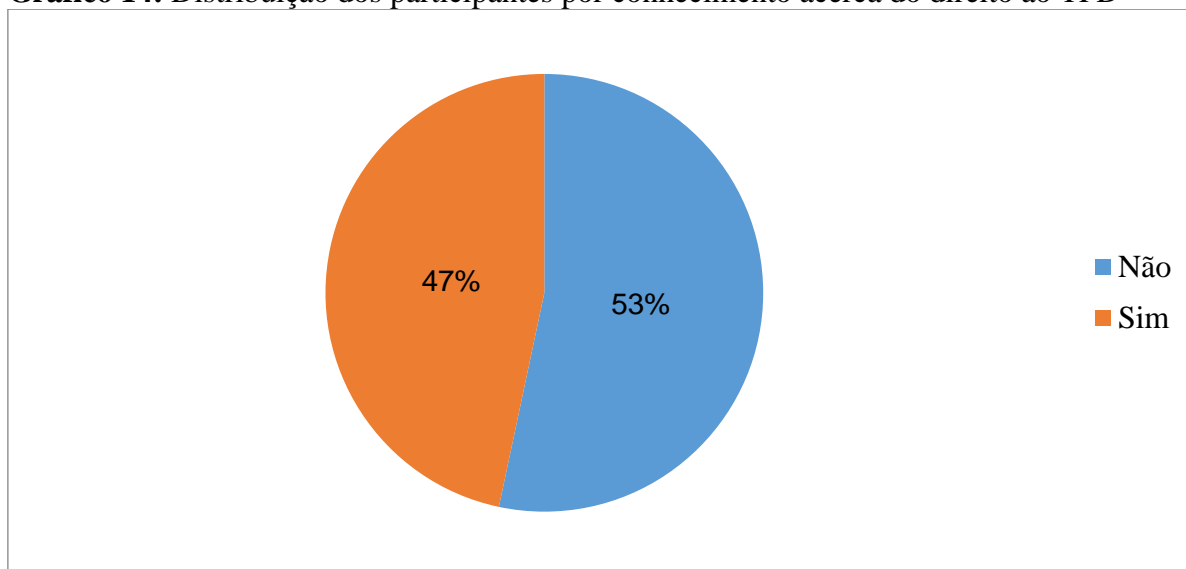
Ao analisar o conhecimento dos participantes, com base nos dados coletados, verificou-se que, nenhum dos entrevistados afirmou ter conhecimento sobre o significado da sigla TFD, embora todos os entrevistados tenham acessado o serviço via programa.

Percebe-se assim que, a falta de informações acerca do programa tem afetado a população em todos os sentidos, principalmente porque os usuários usufruem de um serviço, mas sem total conhecimento sobre ele, portanto não possuindo recursos para reivindicar os seus direitos.

É importante mencionar que o art. 5° da Constituição Federal trata do acesso à informação como direito do usuário. Contudo, o que se nota é uma “roupagem assistencial” que se faz cômoda aos municípios, responsáveis por regular os pacientes para acesso aos serviços. Ademais, o acesso à informação se coloca como principal meio de controle social, na qual a população pode acompanhar e monitorar a gestão da saúde. (OLIVEIRA, 2018). Segundo o autor, o distanciamento das informações “[...] gera um campo propício para ausência de prestação de contas, corrupção e desvio de recursos públicos”. (OLIVEIRA, 2018, p. 1).

Outra variável analisada trata acerca do conhecimento sobre o direito ao TFD. Dessa forma, ao verificar os dados coletados identificou-se que a maioria dos usuários do programa TFD desconhece o direito ao mesmo, conforme revela o gráfico 14.

**Gráfico 14:** Distribuição dos participantes por conhecimento acerca do direito ao TFD



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

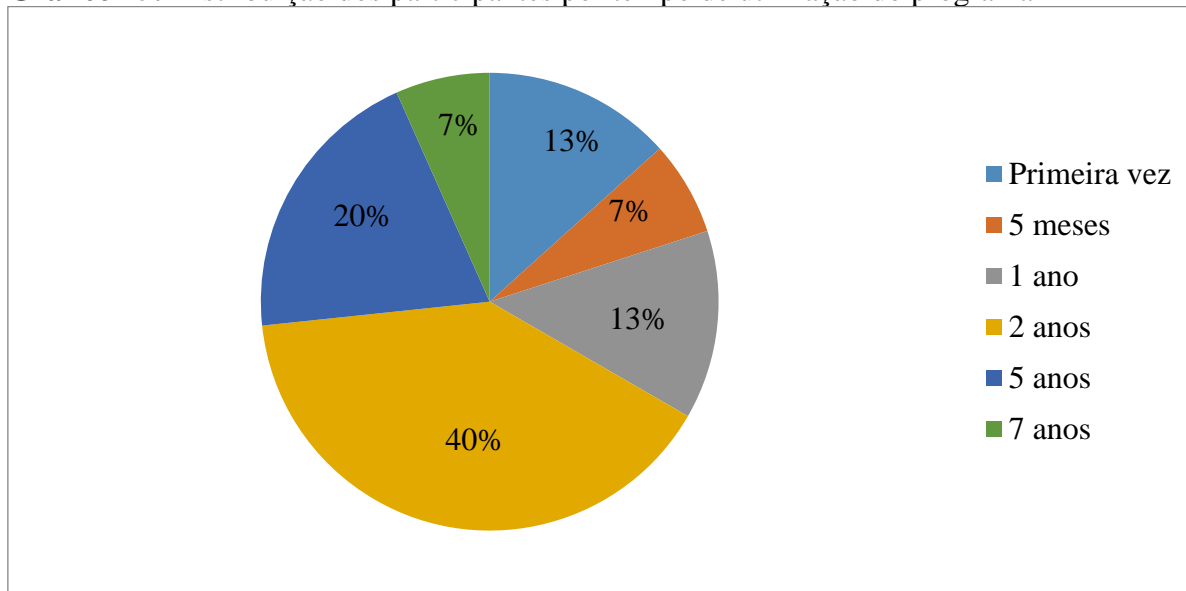
O gráfico 14 mostrou que 53% dos pesquisados informaram não ter conhecimento acerca do direito ao TFD, enquanto 47% declarou possuir conhecimento sobre o mesmo.

O TFD, instituído pela portaria nº 55/1999 do Ministério da Saúde, visa garantir o auxílio necessário aos pacientes que precisam de tratamento fora de seu domicílio. São direitos do usuário: Consultas, tratamento ambulatorial, hospitalar/cirúrgico previamente agendado; Passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes no mesmo valor; Auxílio financeiro para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento, bem como a responsabilização pelas despesas decorrentes de óbito do usuário de TFD e a análise de situações especiais, quando as condições físicas do paciente não permitirem o transporte rodoviário. (BRASIL, 1999).

Outro aspecto importante diz respeito à integralidade da saúde, posto que a desinformação sobre esse princípio do SUS faz com que o usuário não acesse o serviço de saúde da maneira funcional. Vale salientar que, a atenção integral exige dos setores de saúde, a articulação dos recursos necessários para a resolução dos problemas de saúde atrelada a multidisciplinaridade e a humanização. Levando em consideração a complexidade do cuidado aos pacientes crônicos, é relevante enfatizar a importância do acompanhamento/ tratamento nos níveis de complexidade indicados para determinado quadro de saúde. (VIEGAS; PENA, 2012).

Outra variável analisada neste estudo diz respeito ao tempo em que os usuários utilizam o programa para acessar ao serviço de saúde. Verificou-se que a maior parte dos pacientes faz uso do TFD a pelo menos 2 anos, conforme mostra o gráfico 15.

**Gráfico 15:** Distribuição dos participantes por tempo de utilização do programa TFD



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico acima revelou que 7% da população utiliza o serviço via TFD a pelo menos 7 anos; 20% a 5 anos; 40% a 2 anos; 13% a 1 ano; 7% a 5 meses; e 13% estavam utilizando o TFD pela primeira vez.

É importante destacar que no Brasil, as doenças crônicas constituem o mais grave problema de saúde, que está correlacionado a determinantes sociais como: educação; ocupação; gênero e etnia. (MALTA, et al, 2011). Além disso,

Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para um maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas. (MALTA et al, 2011, p. 3).

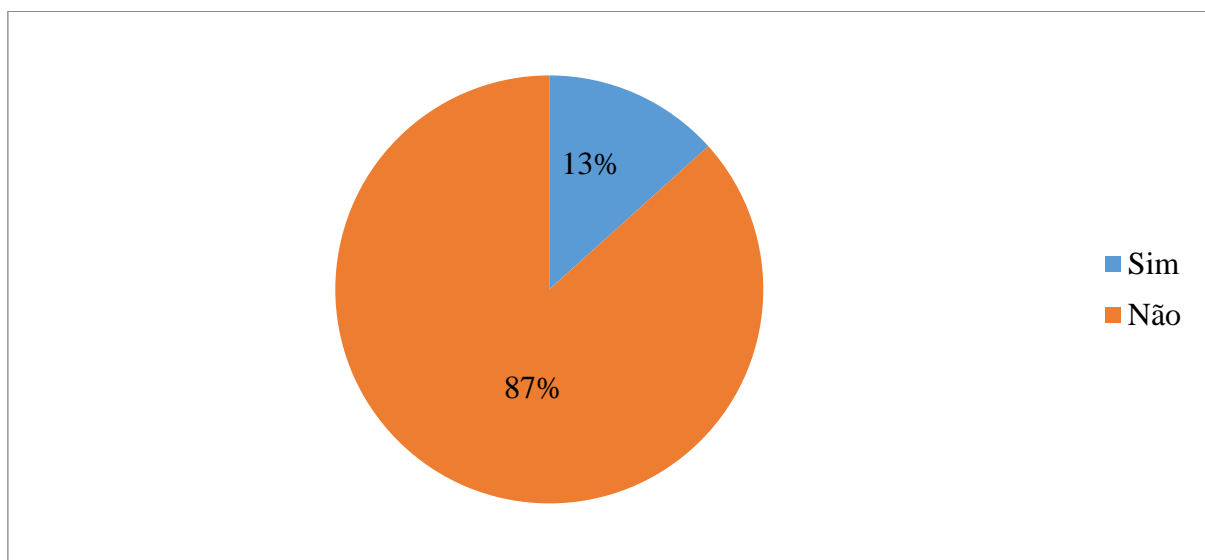
Nesse sentido, vale salientar que, a cronicidade é ainda, o principal motivo de internação hospitalar. Desse modo, o enfrentamento da condição crônica exige esforços do setor saúde, em função de sua magnitude e complexidade de seus determinantes. (MALTA, 2011).

Desse modo, é importante considerar que, o tratamento das doenças crônicas é um processo longo, mas que pode proporcionar qualidade de vida as crianças e adolescentes com esse diagnóstico. Embora os dados apresentados no gráfico 14 sejam preocupantes, tendo em vista que, pacientes realizam tratamento a pelos menos 7 anos, é possível perceber que a

convivência com a doença pode ser enfrentada desde que haja recursos humanos e materiais para tal.

A próxima variável analisada diz respeito ao conhecimento acerca dos benefícios que são disponibilizados pelo TFD aos pacientes que necessitam de atendimento em outro município. Assim, verificou-se que a maior parte dos usuários não conhece todos os benefícios do TFD, como visualizado no gráfico 16.

**Gráfico 16:** Distribuição dos participantes por conhecimento sobre os benefícios oferecidos pelo programa TFD



**Fonte:** Pesquisa direta (2018)

O gráfico 16 demonstra que, 87% dos participantes da pesquisa desconhecem os benefícios do TFD, enquanto apenas 13% dos pesquisados afirmam conhecimento acerca dos direitos.

Aos que responderam de forma afirmativa, questionou-se quais os benefícios que esses tinham conhecimento. Os mesmos afirmaram ter ciência sobre o direito ao transporte, alimentação, hospedagem, medicação e exames.

De acordo com a portaria nº 55/1999 do Ministério da Saúde, os benefícios que foram citados se enquadram nos direitos estabelecidos pela portaria, exceto as medicações e exames, que não são responsabilidades específicas do programa de TFD, mas constituem-se como atribuições do SUS. Posto que, a assistência terapêutica integral consiste na “dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado”. (BRASIL, 1990).

Vale salientar que, nem sempre os medicamentos e exames são disponibilizados pelo SUS, muitas vezes faz-se necessário a judicialização da saúde para ter acesso ao direito.

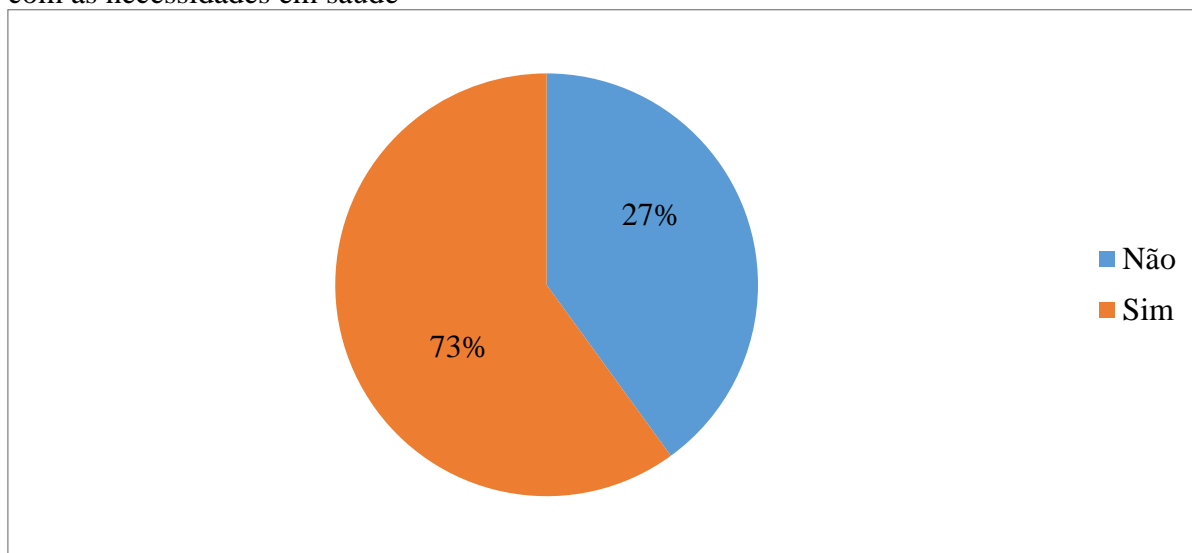
Segundo Pepe et al (2010, p. 2), a judicialização da saúde, “expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça”. Nesse sentido, é pertinente destacar que o uso da via judicial é uma forma de garantir o direito a assistência à saúde. (PEPE et al, 2010).

#### 4.4 Efetividade do TFD

Com o intuito de analisar a efetividade do TFD no auxílio aos usuários, questionou-se acerca dos benefícios concedidos aos mesmos para acesso ao tratamento das crianças e adolescentes com doenças crônicas. Por unanimidade, os usuários informaram que o seu município concede apenas o transporte para aqueles que necessitam do TFD e seus respectivos acompanhantes.

Associado a isso, pesquisou-se também as condições dos transportes responsáveis pela locomoção dos usuários de acordo com as respectivas necessidades em saúde. A partir dos dados, observou-se que a maior parte dos usuários do TFD informou que os transportes possuem condições adequadas para a locomoção dos pacientes, conforme gráfico 17.

**Gráfico 17:** Avaliação das condições dos transportes para locomoção dos usuários de acordo com as necessidades em saúde



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

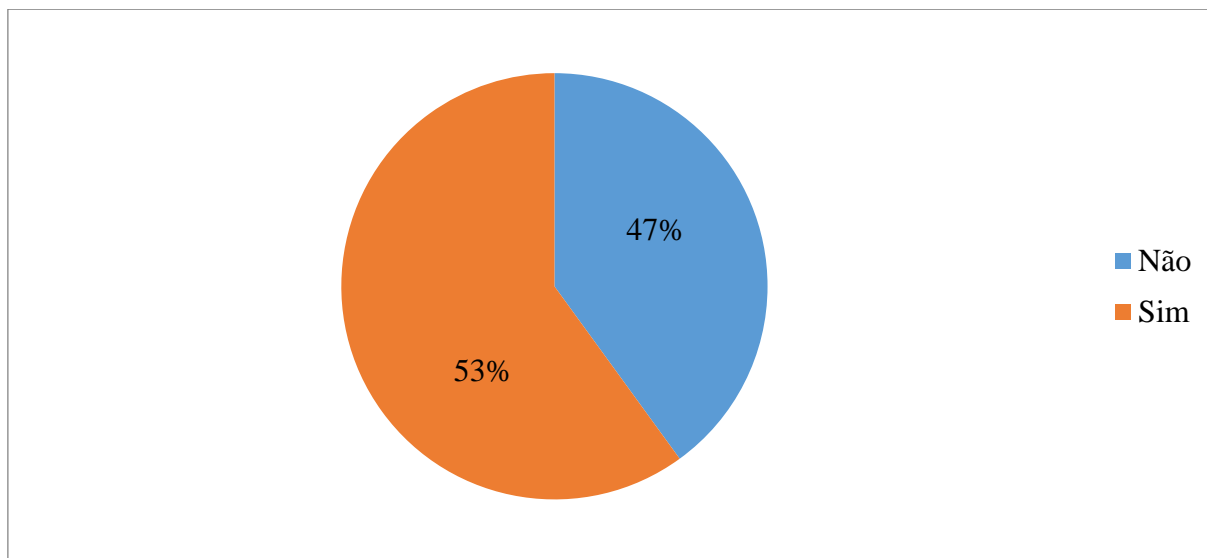
O gráfico 17 mostrou que, 73% dos entrevistados informaram que as condições dos transportes condizem com as necessidades em saúde dos usuários, em contrapartida, 27% dos

pesquisados informaram que as condições dos transportes não são boas. Os motivos apresentados pelos usuários que avaliaram os transportes de forma negativa são: o transporte é utilizado por pacientes com doenças diferentes; os veículos encontram-se desgastados; e o barulho durante as viagens.

É importante destacar que, a prestação de saúde, de acordo com o princípio da integralidade envolve diversos setores. Nesse sentido, os aspectos relacionados à locomoção do paciente podem influenciar diretamente no seu estado de saúde, principalmente em se tratando da cronicidade. De acordo com Cardoso (2012, p. 15), “O transporte de doentes quando não exercido de forma adequada tem repercussões na igualdade de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde e à equidade que deve estar presente na distribuição de recursos [...]”. Portanto, os transportes e as condições destes pertencem ao conjunto de condições objetivas para prestação do cuidado efetivo no processo de locomoção dos pacientes. (CARDOSO, 2012).

A pesquisa em questão, também analisou o respeito dos transportes aos horários das consultas. Identificou-se a partir dos dados que, a maior parte dos usuários deste benefício avalia que o transporte cumpre os horários estabelecidos para consultas, conforme aponta o gráfico 18.

**Gráfico 18:** Avaliação dos transportes no quesito respeito aos horários das consultas



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico acima revelou que 53% dos participantes da pesquisa afirmaram que o transporte respeita os horários das consultas, em contrapartida 47% informaram que os transportes não respeitam.

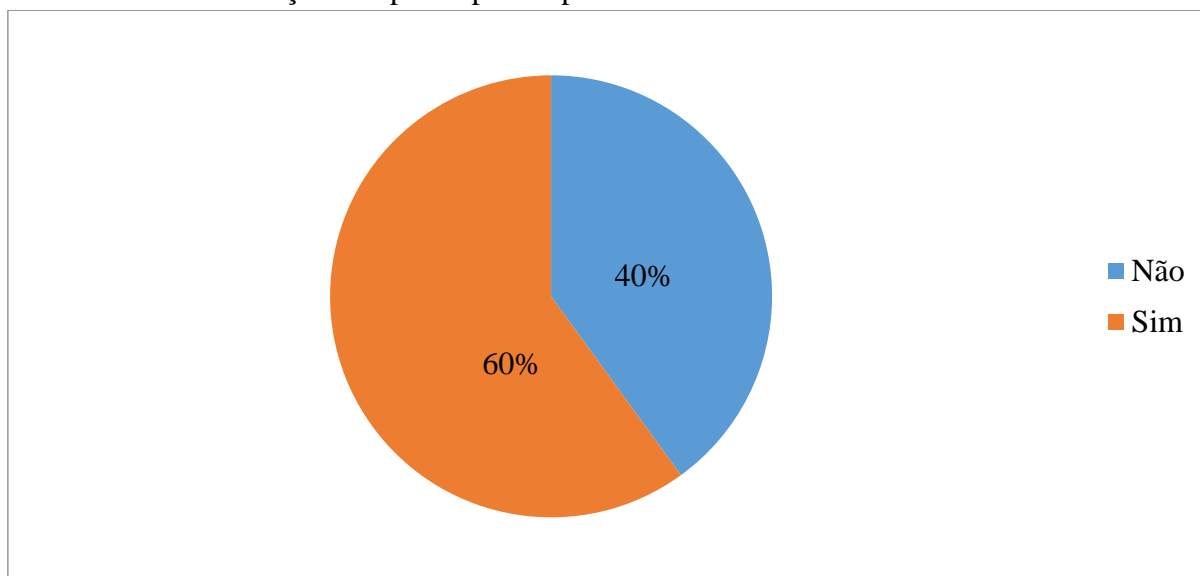
Nesse sentido, é relevante enfatizar a importância da coerência dos horários dos transportes com as consultas, posto que a discrepância destes ocasiona: a demasiada espera pelo

atendimento em situações degradantes, visto que as condições econômicas desfavoráveis impedem que as mesmas tenham alimentação adequada, posto que mesmo nos casos em que o(s) veículo(s) trazem os pacientes no turno diferente das consultas, não é disponibilizado auxílio alimentação.

Vale lembrar que, o auxílio alimentação é garantido pela portaria n<sup>a</sup> 55/1999 do Ministério da Saúde, que Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicilio no Sistema Único de Saúde.

Os participantes também foram questionados em relação às possíveis dificuldades em relação ao acesso ao TFD. A maioria dos pesquisados informou que já teve dificuldades no acesso, como mostra o gráfico 19.

**Gráfico 19:** Distribuição dos participantes por dificuldades no acesso ao TFD



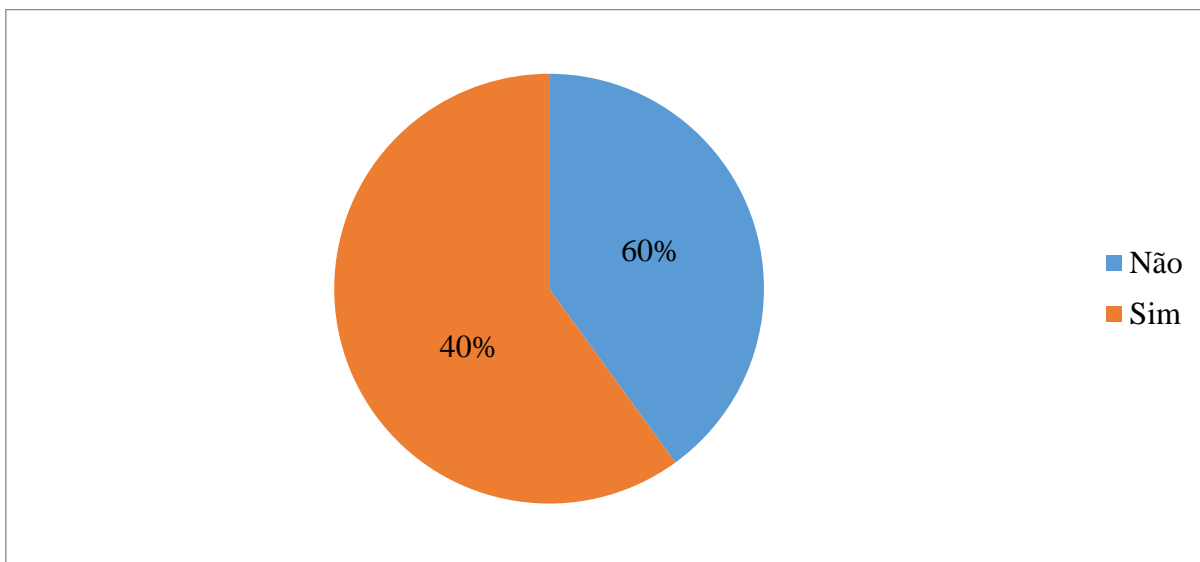
**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

De acordo com o gráfico acima, 60% dos pesquisados informaram que já tiveram dificuldades no acesso ao TFD, em contrapartida 40% responderam que nunca tiveram dificuldades para acessar o direito.

Os participantes que responderam positivamente as dificuldades, também informaram quais as empecilhos encontrados: dificuldades no atendimento e na garantia da vaga nos veículos e até mesmo a negativa por parte dos responsáveis; incoerência entre os horários das viagens e os horários das consultas; a falta de veículos no setor de transporte; e a superlotação dos veículos, que muitas vezes impede que o usuário consiga chegar até o serviço de saúde no dia do atendimento.

Analisou-se ainda a negatividade do TFD em algum momento do tratamento. A partir dos dados, constatou-se que a maior parte dos usuários não teve o TFD negado, conforme mostra o gráfico 20.

**Gráfico 20:** Distribuição dos participantes por negatividade do TFD



**Fonte:** Pesquisa direta, HULW, (2018).

O gráfico acima revelou que 60% dos usuários em nenhum momento do tratamento teve o TFD negado, contudo, 40% afirmaram que já tiveram a negativa por parte dos responsáveis.

Na realidade atual, os desafios para efetivação do direito a saúde são constantes, como nota-se através dos gráficos, tanto no que diz respeito aos obstáculos postos para acesso ao benefício, quanto à negatividade do direito ao TFD. A carência de gestores que possam de maneira efetiva, atender as necessidades da população de forma regular e continuada é um dos principais empecilhos para o acesso aos serviços de saúde, principalmente para a população em situação de vulnerabilidade social, que depende exclusivamente do SUS para ter suas demandas em saúde atendidas.

Vale lembrar, que a instabilidade política e econômica do país, contribuem para que a política de saúde, assim como as demais políticas sociais sejam cada vez mais alanceadas em prol dos interesses do capital. Para Viegas e Penna (2013) ter um SUS efetivo nas atuais condições sociais do país, é um desafio que deve ser enfrentado por todos, tendo em vista que “[...] o SUS é necessário, para que tenhamos uma sociedade mais justa [...]”. É nesse contexto que, a construção da integralidade surge como base para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS.

Desse modo, sabendo que a integralidade pressupõe o acesso a bens e serviços, entende-se que a negatividade do TFD se configura na violação dos princípios do SUS e deve ser levado a sério, principalmente porque trata-se do direito a vida, do respeito à integridade e à dignidade da condição humana em situações de saúde, doença e morte. (VIEGAS; PENNA, 2013).

Outro dado pesquisado foi em relação à importância do TFD para continuação do tratamento, em que todos os participantes responderam que consideravam o TFD importante para continuação do tratamento. Os mesmos Informaram ainda, o porquê dessa afirmação. As respostas apontam para o TFD como a única alternativa para a locomoção e acesso ao serviço, em função da ausência de condições financeiras e como um serviço que satisfaz as necessidades em saúde.

Nesse sentido, entende-se que o TFD se faz importante para continuação do tratamento das crianças e adolescentes com doenças crônicas, portanto necessita de investimentos nesta área para que a população tenha suas necessidades atendidas, no que se refere ao cuidado e a assistência integral.

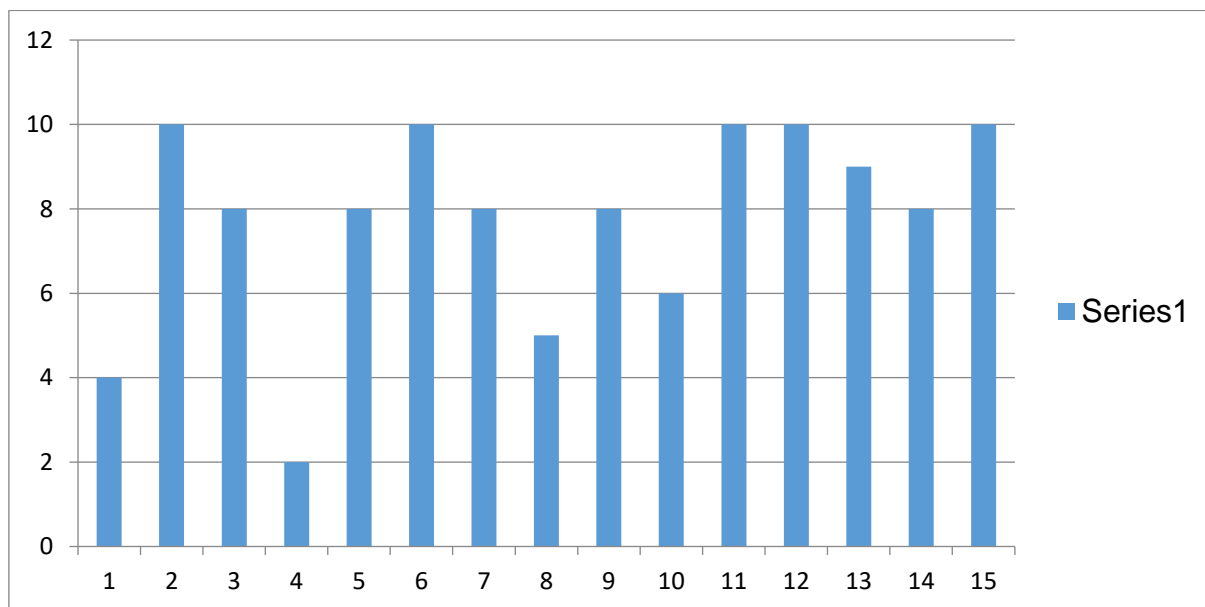
Muito se tem discutido acerca das mudanças na atenção à saúde. Desse modo, fica claro a partir desse estudo que o contexto que os usuários crônicos estão emersos exige alterações urgentes, tendo em vista que o SUS que se pretende universal, até então não se concretiza, principalmente porque os programas responsáveis pela efetivação do direito à saúde são lateralizados e os usuários acabam por sofrer as inferências da precarização da saúde. Essas inferências se refletem na descontinuação do tratamento, levando a mortalidade por doença crônica. Segundo Viegas e Penna (2013),

Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde, visando a garantia do acesso aos cuidados necessários, o vínculo, a corresponsabilização para com o usuário, a integralidade da assistência e o monitoramento contínuo dos resultados alcançados. (VIEGAS; PENNAS, 2012, p. 5).

Portanto, a atenção à saúde deve se dá com responsabilização, levando em consideração, o contexto em que estão submergidas as crianças e adolescentes com doenças crônicas, tendo em vista que estas necessitam de um acompanhamento contínuo e atencioso, além de serem um público que depende com frequência do auxílio do TFD para continuação do tratamento.

Por fim, foi realizada uma avaliação do programa TFD. Em uma escala de 1 a 10, os participantes estipularam uma nota avaliativa para o programa. A média dessas avaliações resultou em 7,7. O detalhamento das avaliações pode ser visualizado no gráfico 21.

**Gráfico 21:** Avaliação geral do TFD pelos participantes



**Fonte:** Pesquisa direta (2018)

O gráfico acima revelou que os participantes da pesquisa avaliam o TFD como um programa satisfatório, embora também demonstre as necessidades de melhorias, na perspectiva de efetivação do direito à saúde.

À medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas, as avaliações se tornam indispensáveis, ao passo que demonstram a efetividade dos programas de saúde, podendo ser utilizada estrategicamente como variável de acompanhamento e evolução dos mesmos. Assim sendo, “as estratégias de avaliação e pesquisa devem ser uma expressão prática do quadro teórico construído” (HARTZ, 1999, p. 344).

Essas inferências se aplicam a variável revelada a partir dos dados apresentados no gráfico 21, tendo em vista que com base nestes, é possível considerar a implementação de mudanças no programa TFD, que possam promover o acesso integral e de qualidade aos serviços de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise sobre a efetividade do programa TFD. Notadamente, discutir os aspectos relacionados ao tema em questão, tornou-se relevante à medida que seu enfoque encarregou-se de examinar a viabilidade do TFD, com base em experiências dos responsáveis/acompanhantes de crianças e adolescentes com diagnóstico de doenças crônicas e que acessam os serviços de reumatologia e endocrinologia pediátrica do ambulatório do HULW por meio do programa.

Discutir as variáveis relacionadas ao contexto socioeconômico das crianças e adolescentes acometidas de doenças crônicas, bem como os impactos do TFD na realidade dessa população reforçaram a necessidade de medidas consistentes com a realidade vivenciada por essa população, tendo em vista as constatações apreendidas por meio dos dados coletados.

Desse modo, as doenças crônicas na infância e adolescência podem acarretar tensões tanto na família como no próprio paciente, em função da complexidade dos cuidados exigidos pela patologia. Esses impactos recaem sobre as condições financeiras, apontados como principais causadoras na interrupção do tratamento; e a questão educacional, comprometida em razão dos sintomas da doença e das constantes avaliações médicas. Essas consequências decorrem da ausência de políticas sociais efetivas; da falta de benefícios de transferência de renda; da ausência de suporte do programa TFD condizentes com as normas estabelecidas na Portaria nº55/1999; da supressão de informações acerca do programa de TFD e suas atribuições; das dificuldades no acesso ao direito ao TFD, bem como a negatividade do mesmo. No quesito educação, percebe-se que há um despreparo das escolas nos casos envolvendo crianças com o diagnóstico de doença crônica, o que explica o fato de alguns dos entrevistados estarem em um nível educacional incompatível à respectiva faixa etária.

No tocante aos objetivos específicos deste estudo, sobre o perfil socioeconômico dos usuários, destaca-se que, a maioria dos participantes da pesquisa encontra-se em situação econômica desfavorável, tendo em vista que 67% dos entrevistados sobrevivem com renda de até um salário mínimo e 13% não possuem renda. Em relação ao nível de conhecimento sobre o programa TFD, observou-se que a maior parte dos usuários desconhece ou pouco conhece o serviço, conforme visualizados nos gráficos 15 e 16. No que se refere ao cumprimento das funções de acordo com a Portaria nº55/1999 e com o Manual de Normatização do TFD, entende-se que o programa tem relevante importância para o público pesquisado, contudo, apresenta pontos negativos em relação à distribuição dos benefícios, assim como as condições de transporte

dos pacientes, conforme aponta o gráfico 18. No que concerne às dificuldades no acesso ao TFD, observa-se que as mesmas se mostram visíveis, como mostrado nos gráficos 19 e 20.

A partir disso, nota-se que as crianças e adolescentes com doenças crônicas não dispõem de suporte adequado às necessidades exigidas pela condição crônica. Além disso, os aparatos legais que tem como objetivo garantir a atenção integral aos usuários se mostram falhos, em função da precarização da saúde, decorrente da programática neoliberal em curso no país.

Nesse sentido, é necessário enfatizar que os programas de saúde implementados ao longo de toda a trajetória da Política de Saúde ainda são geridos dentro de uma perspectiva seletiva e paliativa, com base na concepção mercadológica engessada na sociedade. Assim sendo, torna-se indispensável que a gestão da saúde atue na construção de estratégias para viabilização dos direitos sociais, com o intuito de efetivar os princípios e diretrizes do SUS.

Portanto, faz-se necessário reafirmar aqui, a luta pela defesa do SUS constitucional, enquanto sistema fundamentalmente público e de acesso universal, que inclui garantir as condições dignas de vida a toda sociedade.

Diante disso, conclui-se que a pesquisa sobre a temática em questão possibilitou reflexões acerca do TFD, contribuindo significativamente para a formação acadêmica em Serviço Social, à medida que permitiu apropriação acerca de novos conhecimentos e abordagens que podem ser aplicados na prática profissional articulada às dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. Ademais, é importante denotar as possibilidades de ampliação deste estudo, no que concerne ao financiamento do TFD, bem como o controle social no processo de consolidação do programa de TFD.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Recife, v. 8, n. 15, p. 259-74, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2004.v8n15/259-274/pt/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ALMEIDA, Maria Inez et al. O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 36-46, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715303005.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Salvador, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2005.v9n16/39-52/pt>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

ARAÚJO, Balduino de et al. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 18, n. 3, 2009, p. 498-505, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/714/71411760013/>>. Acesso em: 23 set. 2018.

ARAÚJO, Cleonice Correia. **Pobreza e programas de transferência de renda: concepções e significados**. 2009. 205 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2009. Disponível em: <<https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1525/2/CleoniceCorreiaAraujo.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

ARAÚJO, Natanna Lopes de. **Saúde do idoso: qualidade do atendimento na atenção de média complexidade em saúde em João pessoa**, PB. 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/11707>>. Acesso em: 11 set. 2018.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc**, [S.l.], v. 18, p.11-23, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000600003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 5 set. 2018.

AZEVÊDO, S. R. O programa de tratamento fora de domicílio no sistema único de saúde no Piauí. **Holos**, [S.l.], ano. 32, v. 2, p. 402-413, 2016. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/viewFile/3360/1457>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BARBOSA, Heloisa Helena Moreira de Moraes et al. Perfil dos pacientes atendidos pelo programa tratamento fora de domicílio no município de Belém, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua – Pará, v.1 n.3, p. 43-47, 2010. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v1n3/es\\_v1n3a06.pdf](http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v1n3/es_v1n3a06.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BARROS, Renata Tenório de. **Empresa brasileira de serviços hospitalares: uma análise sobre sua gestão no contexto institucional do Hospital das Clínicas da UFPE**. 2014. 157 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11861>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. S. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2011.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosângela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-98, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

BRAGA, José Carlos de Souza. **A Questão da Saúde no Brasil: um estudo das Políticas Sociais em Saúde Pública e Medicina Previdenciária no Desenvolvimento Capitalista**. 1978. 180 f. Dissertação (Mestrado) Universidade de Campinas, Campinas, 1978. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/285997>>. Acesso em: 6 mar. 2018.

BRANDÃO, Isabel Cristina Araújo. Análise da Organização da Rede de Saúde da Paraíba a Partir do Modelo de Regionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 16 n. 3, p. 347-352, 2012. Disponível em: <[http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/11734/1/AkamiIM\\_An%C3%A1lise%20da%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20rede%20de%20sa%C3%BAde%20da%20para%C3%ADba%20a%20partir%20do%20modelo%20de%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o\\_12799-23091-1-PB.pdf](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/11734/1/AkamiIM_An%C3%A1lise%20da%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20rede%20de%20sa%C3%BAde%20da%20para%C3%ADba%20a%20partir%20do%20modelo%20de%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o_12799-23091-1-PB.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Artigo 196**, Sessão II, da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 30 set. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: **Senado Federal**, 5 out, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 22 set. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2007 Uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 641 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2007.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde: **Resolução CNS nº 466/12**. 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em: 08 abr. 2018.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei nº 8.069/90 atualizado com a Lei nº 12.010 de 2009 Inclusa Lei nº 12.594 de 2012 (SINASE). 2014. Disponível em: <[http://compassion.com.br/v2/wp-content/uploads/2017/09/Compassion\\_ECA.pdf](http://compassion.com.br/v2/wp-content/uploads/2017/09/Compassion_ECA.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2018.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set 1990. Disponível em: <<http://prattein.com.br/home/images/stories/Saude/Lei-org-saude.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2018.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7, dez. 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm)>. Acesso em: 14 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea\\_miolo.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de 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. **Diário Oficial da União**: Brasília, 1999. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055\\_24\\_02\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html)>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. Disponível em: <[file:///C:/Users/ferre/Downloads/Hist%C3%B3ria\\_da\\_reforma\\_sanit%C3%A1ria\\_brasileira.pdf](file:///C:/Users/ferre/Downloads/Hist%C3%B3ria_da_reforma_sanit%C3%A1ria_brasileira.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro, p. 1-24, [2001?]. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2017.

\_\_\_\_\_; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011.

\_\_\_\_\_; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum debate**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, 2018. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Minha casa minha vida: moradia para as famílias, renda para os trabalhadores e desenvolvimento para o Brasil**. [2010?]. Disponível em: <<http://www.ademi.org.br/docs/CartilhaCaixa.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

CARDOSO, Rui Miguel Seabra Coutinho. **O Modelo de Transporte de Doentes Não Urgentes Estudo do caso Hospital Geral de Santo António**. 2012. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2012. Disponível em: <<https://run.unl.pt/bitstream/10362/14728/1/RUN%20-%20Trabalho%20Final%20CEAH%20-%20Rui%20Cardoso.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2018.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, Giliane Alves de. Saúde e emancipação: contribuições do serviço social ao campo da resistência. In: ENCONTRO INTERNACIONAL E NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 6., 13., 2018, Vitória. **Anais...** Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2018. p. 1-15. Disponível em: <<http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/EINPS/article/view/20199/13540>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

CASTRO, Elisa Kern de; PICCININI, César Augusto. Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas. **Psicologia: reflexão e crítica**, Rio Grande do Sul, v. 15, n. 3, p. 625-635, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v15n3/a16v15n3.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; ARAÚJO, Natana Lopes de. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: a perspectiva dos usuários idosos na atenção básica do município de João Pessoa. **Sociedade em debate**. Pelotas, v. 21, n. 2, p. 230-253, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1270>>. Acesso em: 8 set. 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, LAURA C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: RUBEN, Roseni Pinheiro; MATTOS, Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na tenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 117-130. Disponível em: <<https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf#page=117>> Acesso em: 4 set. 2018.

COUTO, Cláudio G.; ABRUCIO, Fernando. O segundo governo FHC: coalizões, agendas e instituições. **Tempo social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 269-301, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20702003000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20702003000200011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 4 set. 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano Diretor Estratégico do HULW**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2016/2017.

FLEUR Y TEIXEIRA, Sônia. Descentralização dos Serviços de Saúde: Dimensões Analíticas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 78-99, 1990. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/9052/8184>> Acesso em: 10 Ago. 2018.

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma Política Social. In: GEIVANELLA, Lígia; ESCOREL, VASCONCELOS, Lenaura de (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 1, p. 1-42.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: \_\_\_\_\_. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004. Disponível em: < [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/26integralidade\\_na\\_assistencia\\_a\\_saude\\_tulio\\_franco\\_helvecio\\_magalhaes.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/26integralidade_na_assistencia_a_saude_tulio_franco_helvecio_magalhaes.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2018.

FREITAS, Maria José Leite de. **História do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. 3. ed. João Pessoa: UFPB, 2016.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015)>. Acesso em: 13 abr. 2018.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000200013&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000200013&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 18 ago. 2018.

GONÇALVES, Robson R. **O déficit habitacional brasileiro**: um mapeamento por unidades da federação e por níveis de renda domiciliar. Rio de Janeiro: IPEA, 1998: Disponível em: <[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2410/1/td\\_0559.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2410/1/td_0559.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2018.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/1999.v4n2/341-353/pt>>. Acesso em: 20 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita**. 2017. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho\\_e\\_Rendimento/Pesquisa\\_Nacional\\_por\\_Amostra\\_de\\_Domicilio\\_s\\_continua/Renda\\_domiciliar\\_per\\_capita/Renda\\_domiciliar\\_per\\_capita\\_2017.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilio_s_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2017.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2018.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2016.v32n8/e00183415/pt>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

KRUGER, Tânia. Saúde Pública no Brasil: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Katálysis**, Santa Catarina. v. 17, n. 2, p. 1-13, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1796/179632831007.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latino-americana de Saúde**, México, v. 2, p. 7-25, 1982. Disponível em: <[https://digitalrepository.unm.edu/lasm\\_pt/180/](https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/180/)>. Acesso em: 5 mar. 2018.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani, Vieira. Política de saúde no anos 90: relações intergovenamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2001.v6n2/269-291/pt>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

LIMA, Zélia Brito. **A questão da habitação**. Bahia. [2012?]. Disponível em: <<http://www.uesb.br/eventos/ebg/anais/2b.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n2/335-342>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=pt&pid=S1679-49742011000400002&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=pt&pid=S1679-49742011000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 3 out. 2018.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Orientações Básicas para a Pesquisa**. In: Ana Elizabete Mota (Org.) et al. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez Editora, 2006, p. 383-398.

MARTIN, Viviane Barrére; ÂNGELO, Margareth. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 89-95, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000400012&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000400012&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 10 out. 2018. ]

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Ass. Med. Brasil**, [S.l.], v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

MELO, Ângelo Brito Pereira et al. **Manual de orientações para alunos em atividade no HULW**. João Pessoa: EBSERH, 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/296321/Manual+Vers%C3%A3o+atualizada.pdf/8475a944-96b8-4e48-8c6a-8970ff456c44>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/1314/1/as%20Redes%20de%20Atencao%20a%20Saude\\_Eugenio\\_2ed.PDF](http://repositorio.asc.es.edu.br/bitstream/123456789/1314/1/as%20Redes%20de%20Atencao%20a%20Saude_Eugenio_2ed.PDF)>. Acesso em: 10 maio 2018.

MENECUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde e Sociedade**. v.15, n. 2, p-72-87, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200008)>. Acesso em: 27 ago. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) et al. **Pesquisa social: método e criatividade**. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MORAES, Gloria. **Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)**. Rio de Janeiro: FGV, 2009. Disponível em: <<http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/programa-de-aceleracao-do-crescimento-pac>>. Acesso em: 9 set. 2018.

NETTO, José Paulo. Crise do capital e consequências societárias. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 413-429, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282012000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282012000300002)>. Acesso em: 3 set. 2018.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da et al. Atenção à criança com doença crônica na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba. v. 18, n. 1, p. 57-63, 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/28517/20014>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

OLIVEIRA, Ciro Jônatas de Souza. Garantia do direito à informação no Brasil: Contribuições da Lei de Acesso à Informação. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, 2018. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13718](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13718)>. Acesso em: 5 set. 2018.

OLIVEIRA, Gabriela de Abreu. **A compatibilidade dos princípios e modelo de estado que subjazem ao sus e a EBSERH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)**. 2014, 153 f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Faculdade de Filosofia - Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/4725/1/457991.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2011. 113 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_coordenada\\_APS\\_construindo\\_redes\\_atencao\\_sus\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf)> Acesso em: 5 set. 2018.

PAIM, Jairnilson et al. Sistema de Saúde brasileiro: História, avanços e desafios. **SciELO**. [Periódico on line], 2011. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf)>. Acesso em: 16 Set. 2017.

\_\_\_\_\_. SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS – Boletim de Instituto de Saúde**, São Paulo, v.12, n. 2, 2010. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 ago. 2018.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.15-35, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18594>> Acesso em: 28 ago. 2018.

PEPE, Vera Lúcia Edais et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2010.v15n5/2405-2414/>>. Acesso em: 9 out. 2018.

PEREIRA, GISELE SILVA. Nefrologia: unidade 3, legislação aplicada ao paciente com DRC. Maranhão: UFMA, [1995?]. Disponível em: <[file:///C:/Users/ferre/Downloads/UNIDADE\\_03.pdf](file:///C:/Users/ferre/Downloads/UNIDADE_03.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2018.

POLIGNANO, Marcos. História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão. **Secretaria de Estado de Saúde**. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 19 set. 2017.

PUPPO, Guilherme Daniel et al. **Rede de atenção à saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacaceutica/>>. Acesso em: 4 mar. 2018.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ROSA, Wânia Westphal. **A atuação do serviço social no contexto hospitalar: as demandas relativas ao tratamento fora de domicílio**. 2009. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Palhoça – SC, 2009. Disponível em: <[http://pergamum.unisul.br/pergamum/pdf/99681\\_Wania.pdf](http://pergamum.unisul.br/pergamum/pdf/99681_Wania.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2018.

SÁ, Elanuzza Gracielly Lira et al. Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma análise dos serviços prestados no município de Petrolina-PE. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO, 29., 2016, Natal, **Anais...** Natal: UFRN, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/ferre/Downloads/01465781299.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

SANTOS, Agnaldo Castilho; OLIVEIRA JÚNIOR, Lourival Batista de. Rehuf: uma ferramenta para tomada de decisão e sua aplicação na saúde coletiva. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 1, p. 43-51, 2016. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2397/847>>. Acesso em: 11 ago. 2018.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciência & Saúde Coletiva**, João Pessoa, v. 16, p. 787-796, 2011. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000700009&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 15 set. 2018.

SAVINO, Chiara Giulia de. **O controle populacional empreendido pelo estado através da precarização do sistema único de saúde**. 2018. 63 f. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado em direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188002/monografia-chiarasavino.pdf?sequence=1&isallowed=y>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

SAWAIA, Ana Lydia. Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 20, n. 58, p. 147-158, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v20n58/14.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

SCHNEIDER, Alessandra et al. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009. Disponível em: <[http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Pacto\\_pela\\_saude\\_possib\\_realidade\\_2ed.pdf](http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SILVA, Adriana Ilha da. A aceleração das contrarreformas no SUS e a transferência de valor ao setor privado pelo governo Temer. **Argumentum debate**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 33-50, 2018. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19497/13180>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

SILVA, Heliana Marinho da. **A Política Pública de Saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do sus**. 1996. 123 f. Dissertação (Mestrado em Educação pública) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 16 set. 2017.

SILVA, Mônica de Assis Salviano et al. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 359-365, 2010. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000300008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000300008&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 11 out. 2018.

SOUZA, Thais Braga de. **A ação profissional do assistente social na direção da integralidade por meio da intersectorialidade**. 2015. 92 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Curso de Serviço Social, Porto Alegre, 2015. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/132976>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

VALE, Ana Maria Borges do. **Programa bolsa família e saúde: estudo qualitativo sobre a experiência das famílias beneficiadas**. 2009. 117 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009. Disponível em: <[http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/anaborges\\_2009.pdf](http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/anaborges_2009.pdf)>. Acesso em: 8 set 2018.

VIANNA, Cid Manso de Mello. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v12n2/a10v12n2>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013000100019&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013000100019&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 8 out. 2018.

ZAGO, Luis Henrique. O método dialético e análise do real. **Revista de Filosofia**, Belo Horizonte, v. 54, n. 127, p. 108-124, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-512X2013000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2013000100006)> Acesso em: 11 abr. 2018.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO E LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **A EFETIVIDADE DO PROGRAMA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Maria de Fátima Pereira da Silva do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, Sob a orientação da Professora Alecsonia Pereira Araújo.

Os objetivos deste estudo consistem em analisar a efetividade do Programa Tratamento Fora de Domicílio no Ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW; Analisar o perfil socioeconômico dos usuários que utilizam os serviços de saúde no Ambulatório do HULW por meio do TFD intermunicipal; Investigar o nível de conhecimento dos usuários do Ambulatório do HULW acerca do programa TFD; Avaliar se o programa tem cumprido suas funções de acordo com a Portaria Nº 55/99 e com o Manual de Normatização Tratamento Fora de Domicílio da Paraíba; e Identificar as dificuldades em acessar os serviços de saúde por meio do TFD.

Assim sendo, o Tratamento Fora de Domicílio tem oferecido os benefícios – gastos com transporte, auxílio financeiro para alimentação e pernoite, caso necessário – que viabilizem aos seus usuários o acesso a saúde de forma integral. Analisando desta forma, como o programa tem contribuído para a melhoria da saúde dos mesmos. Nesse sentido, o principal objetivo deste projeto é investigar por meio da comparação dos benefícios que o programa estabelece por meio da Portaria 055/99 que o regulamenta, e os benefícios que são oferecidos na realidade.

A finalidade deste trabalho consiste, em contribuir para uma compreensão do funcionamento do Programa Tratamento Fora de Domicílio. Possibilitando uma maior apreensão acerca dos direitos que os usuários do programa possuem, para que estes possam reivindicá-los quando necessário.

Solicitamos a sua colaboração para nossa entrevista que terá aproximadamente 20 minutos de duração, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos que venham interferir em sua saúde física. Os mínimos riscos que a pesquisa pode apresentar, diz respeito ao constrangimento que o sujeito possa sentir em decorrência com algumas perguntas de caráter pessoal, mas que estará livre para desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhuma penalidade, conforme está

resguardado na Resolução 510/2016.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

---

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Impressão dactiloscópica

---

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Alecsonia Pereira Araújo, Telefone: (83) 3216-7504 Orientadora e/ou para as pesquisadora (as) Maria de Fátima Pereira da Silva, Telefone: (83) 9.9646-5219, aluna de Graduação do Curso de Serviço Social da UFPB, ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: [comitedeetica@hulw.ufpb.br](mailto:comitedeetica@hulw.ufpb.br) Campus I – Fone: 32167964.

**APÊNDICE B – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS, HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Pesquisadoras**

Alecsonia Pereira Araújo

Maria de Fátima Pereira da Silva

E-mail: fatimaufpb16@gmail.com

**Pesquisa intitulada: A Efetividade do Programa de Tratamento Fora De Domicílio em um Hospital Universitário**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

Entrevistado n°: \_\_\_\_\_

**Roteiro de entrevista –****Usuários da Reumatologia e Endocrinologia Pediátrica****1 PERFIL DO USUÁRIO**

Parentesco com a criança?

\_\_\_\_\_

1.1 Qual a idade da criança?

\_\_\_\_\_

1.2 Qual sua escolaridade da criança?

\_\_\_\_\_

## 1.3 Renda Familiar

Não possui renda  Até 1s/m  De 1 a 2s/m  De 3 a 4s/m  Mais de 5s/m

## 1.4 Recebe algum benefício?

Sim  Não

## 1.5 Quantas pessoas compõem o núcleo familiar?

Menos de 2  De 3 a 5  De 5 a 7  Mais de 8

## 1.6 Onde reside?

## 1.7 Tipo de Moradia

Alvenaria  Taipa  Madeira  Outros

## 1.8 Situação da Moradia

Própria  Alugada  Cedida  Compartilhada  Financiada  Outros

## 1.9 A renda familiar satisfaz todas as necessidades da Família?

Sim  Não

**2 DADOS DO OBJETO**

## 2.1 Você sabe o que é TFD?

Sim  Não

## 2.2 Desde quando utiliza o TFD?

## 2.3 Qual o seu nível de conhecimento em relação ao TFD?

nenhum  Razoável  Satisfatório  Muito

2.4 Você tem conhecimento sobre o direito ao TFD?

Sim  Não

2.5 tem conhecimento sobre todos os benefícios que são oferecidos pelo TFD? Quais?

Sim  Não

---

---

2.6 Quais desses benefícios do TFD são concedidos a você?

Passagens de ida e volta  Transporte

Auxílio financeiro para alimentação  outro

---

2.7 O transporte concedido pelo programa respeita os horários das consultas?

Sim  Não

2.8 O transporte utilizado possui condições adequadas para transportar os usuários de acordo com sua necessidade em saúde?

Sim  Não

Se não, quais os problemas identificados?

---

2.9 Você considera o TFD importante para continuação do tratamento? Porque?

Sim  Não

---

---

---

2.10 Com que frequência você comparece ao Serviço para o seu acompanhamento?

Mensalmente  Trimestralmente  Semestralmente  Outros

2.11 Já abandonou o tratamento por não ter acesso ao Serviço de saúde? Se sim, por quanto tempo você abandonou o tratamento? Por quê?

Entre 2 e 6 meses  Entre 7 meses a 1 ano  Entre 1 a 2 anos  Mais de 3 anos

---

---

---

2.12 Já perdeu alguma consulta por não ter condições financeiras para se locomover até à unidade de saúde?

Sim  Não

2.13 O que impossibilita ou já impossibilitou você de comparecer as consultas no ambulatório do HULW?

- Falta de Dinheiro
- Falta de transporte para o deslocamento até o Hospital
- Preconceito e/ou Constrangimento
- Alimentação Precária
- Falta de médico
- Falta de agendamento das consultas
- Outros

---

2.14 Em algum momento, já teve o TFD negado? Se sim, qual foi à justificativa apresentada?

Sim  Não

---

---

---

2.15 Já teve dificuldade para acessar o TFD? Quais?

---

---

2.16 Em uma escala de 1 a 10, como você avalia o TFD?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10