

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA
ASSISTÊNCIA SOCIAL

DANIELE MORAES SILVA

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DO TRATAMENTO FORA
DOMICÍLIO - TFD**

São Luís
2016

DANIELE MORAES SILVA

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DO TRATAMENTO FORA
DOMICÍLIO - TFD**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão da Assistência Social da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão da Assistência Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Gama.

São Luís

2016

Silva, Daniele Moraes

O papel do assistente social no processo do Tratamento Fora Domicílio - TFD / Daniele Moraes Silva -. São Luís, 2016.

Impresso por computador (fotocópia)

35 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão da Assistência Social da Faculdade LABORO como requisito para obtenção de Título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão da Assistência Social. - . 2016.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mônica Elinor Alves Gama

1. Tratamento Fora Domicílio. 2. Assistente Social. 3. Saúde-Política Pública. I. Título.

CDU: 364.442

DANIELE MORAES SILVA

**O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DO TRATAMENTO FORA
DOMICÍLIO - TFD**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão da Assistência Social da Faculdade Laboro, para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão da Assistência Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Gama.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Gama (Orientadora)

RESUMO

Apresenta-se o Tratamento Fora Domicílio como um benefício social para cura e proteção do paciente que necessita de tratamento que não é oferecido no seu município de origem. Analisa-se o programa social como processo que minimiza a calamidade encontrada no dia a dia da saúde brasileira. Identifica-se os dispositivos legais que justificam a importância da saúde como direito social dos cidadãos brasileiros. Verifica-se o contexto histórico da saúde a nível nacional e local. Descreve-se o papel do assistente social como mediador do paciente para o processo de aquisição do TFD. A necessidade de saúde é uma constante do ser humano, a legislação brasileira em sua carta magna garante o direito a esta. Todavia por motivações diversas os governantes não asseguram a plena efetivação de saúde de qualidade, devendo ser criados remédios para amenizar as problemáticas organizacionais. Utiliza-se como metodologia a pesquisa bibliográfica elencando autores que abordam a temática do Direito à saúde e tratamento fora domicílio. Nesta perspectiva o TFD se adentra com a relevância em melhorar o tratamento dos pacientes, destacando a figura do assistente social como mediador de pessoas que necessitam a orientação e acompanhamento conveniente para aprovação do benefício. A relevância da pesquisa se encontra em clarear questionamentos acerca de como adquirir os benefícios apresentando a necessidade dos profissionais de saúde intermediando os que necessitam de tratamento.

Palavras-chave: Tratamento Fora Domicílio. Assistente Social. Saúde-Política Pública.

ABSTRACT

It presents the Treatment Outside Address as a social benefit for healing and protection of the patient who needs treatment that is not offered in your county. It analyzes the social program as a process that minimizes the calamity found in everyday life of Brazilian health. Identifies the legal provisions justifying the importance of health as a social right of Brazilian citizens. There is the historical context of health at national and local level. It describes the role of the social worker as mediator of the patient to the acquisition of PDT. The need for health is a constant of the human being, the Brazilian legislation in its charter guarantees the right to this. However for various reasons the rulers do not ensure the full realization of quality health, patches must be created to alleviate organizational problems. It is used as methodology the bibliographical research prioritizing authors who address the issue of the right to health and treatment outside the home. In this perspective the TFD is entered to relevance in improving patient care, highlighting the figure of the social worker as mediator of people who need guidance and convenient monitoring for approval of the benefit. The relevance of the research is to clarify questions about how to get the benefits showing the need for health professionals intermediating those who need treatment.

Keywords: Treatment Out of Domicile. Social Worker. Health-Public Policy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	A SEGURIDADE SOCIAL COMO DIREITO SOCIAL E A SUA REGULAMENTAÇÃO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL / 1988.....	08
3	POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: trajetória histórica.....	14
3.1	A consolidação do Neoliberalismo na década de 1990 no Brasil.....	21
3.2	Políticas de Saúde no Maranhão.....	26
4	O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL E O TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO – TFD.....	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Este presente trabalho aborda o papel do assistente social no processo do tratamento fora domicílio – TFD destacamos a importância deste profissional no processo de orientação do paciente que necessita adquirir este programa social. De acordo, com as recomendações do Tratamento Fora Domicílio o paciente deverá dar entrada num processo que conta com a autorização do médico e o auxílio do assistente social, que acompanha a liberação e solicitação do local que o indivíduo deverá ser deslocado.

A escolha pelo tema originou pela grande necessidade de pacientes oriundos do interior do estado do Maranhão a solicitar o Tratamento Fora Domicílio para a capital São Luís no Hospital Tarquínio Lopes Filho, no qual, trabalho acompanhando todas as solicitações dos devidos pacientes que necessitam deste programa. Levando, o interesse de estudo das especificações do programa e clarificação dos direitos sociais que todos os indivíduos brasileiros possuem.

Como proposta de trabalho para a conclusão do Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão da Assistência Social realizei algumas perguntas ao objeto de estudo, através do contato pormenorizado no ambiente de trabalho. Qual o papel do profissional assistente social no processo de aquisição do programa? E quais as garantias que o paciente possui quanto ao tratamento de saúde fora do seu domicílio? Nesta conjuntura, a problemática de estudo compreende a relação entre o papel do Assistente Social e o Programa Tratamento Fora Domicílio – TFD. Consubstanciado, neste aspecto, notamos a insipiência da população brasileira, nas especificações da matéria relativa ao TFD, assim como, seus benefícios.

Por sua vez, a pesquisa terá como objetivo principal, analisar o trabalho do Assistente Social na mediação do programa tratamento fora domicílio- TFD. Pretendemos discutir requisitos práticos, relacionados ao profissional da Assistência Social, na media em que, auxiliamos no processo aquisitivo deste programa, voltado ao paciente no Hospital Tarquínio Lopes Filho de São Luís- Maranhão. Em que, traçamos os objetivos específicos, constituído na explanação das Leis, que abalizaram o surgimento do programa supracitado. Do mesmo modo, abordamos outro objetivo específico, quando, descrevemos a mediação prática do assistente social a frente do TFD.

Dividimos a metodologia da pesquisa em duas partes a primeira, a pesquisa bibliográfica, levantando autores que tratam sobre a temática da organização da seguridade social na expectativa de conhecimentos, contribuindo como entendimento teórico do objeto de estudo. A segunda etapa envolve, a pesquisa documental, quando alçamos os dispositivos legais que compreendem a problemática, como por exemplo: a Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988; Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991; LEI Nº 8.142/1990, de 28 de dezembro de 1990; Portaria / SAS / N.º 055 de 24 de fevereiro de 1999; Resolução nº 144/2010 de 24 de setembro de 2010 da Comissão Intergestora Bipartite - CIB-MA

2 A SEGURIDADE SOCIAL COMO DIREITO SOCIAL E A SUA REGULAMENTAÇÃO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL / 1988

A Seguridade Social é prevista na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 194 denomina-se: um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Este conceito será abalizado em princípios constitucionais, a exemplo: da universalidade da cobertura; da proteção do indivíduo em situação de vulnerabilidade ou risco social; da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; Princípio da descentralização político-administrativa, dentre outros.

Nesta conjuntura, o Estado possui a obrigação constitucional, em garantir a proteção sobre o direito à vida; a saúde, dentre outros. Quando, torna-se basilar explicarmos o argumento histórico, que pauta-se com o fim da ditadura militar, e promulgada a CF/88. Consolidamos o pensamento em assegurar, o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem estar, o desenvolvimento social com igualdade, justiça e valores fraternais. Por sua vez, melhor configurado os direitos fundamentais, passam a surgir novos modelos de Seguridade Social, Assistência Social e Saúde, dentro de uma organização administrativa funcional. Objetivando fundamentalmente, as metas que o País deverá cumprir, por meio do Artigo 3º da CF/88:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

Desta forma, as reduções das desigualdades sociais, são importantes fatores para construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional e erradicarmos a pobreza e a marginalização. Contudo, para o Estado conseguir tais objetivos, estrutura-se em nosso caso, dentro do instituto da Assistência Social, na compreensão de seus princípios, como base de formação teórica a proposta matéria. Sendo o primeiro a ser mencionado, o Princípio da universalidade da cobertura e atendimento: previsto constitucionalmente no Artigo 196 da CF/98. "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido

mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Trata-se do amparo dos riscos a vida do cidadão que provocaram a universalidade da cobertura, uma vez que apresentado a Seguridade social terá como obrigação proteger as pessoas, a exemplo de tais situações: velhice, invalidez, reclusão, maternidade, doença e morte. Ao falarmos, da universalidade, a Seguridade Social não promove distinções as pessoas no território nacional.

Ressaltamos nesta acepção, o Artigo 203 da CF/88: “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Posteriormente, destacamos o princípio da proteção do indivíduo em situação de vulnerabilidade ou risco social: já consubstanciado tal princípio no Artigo 203, da Constituição Federal de 1988, quando trouxemos o Princípio da universalidade da cobertura e atendimento. Matéria esta, a ser explicada perante o Legislador Constitucional, toma como referência grupos específicos, na melhor elaboração da Assistência Social, em sua auto-organização efetivando uma melhor prestação para Seguridade Social como um todo, correlacionado aos beneficiários. Trata-se claramente de um rol exemplificativo, cabendo outras práticas sociais, passíveis do amparo estatal.

O Princípio da seletividade e distributividade de benefícios e serviços: para autores jurídicos, consiste em uma limitação ao princípio da universalidade da cobertura. Nesta perspectiva, a seletividade demarca, as pessoas que podem ser beneficiárias conforme sua carência. Neste sentido, não há o desaparecimento da cobertura universal, aos cidadãos desde que, se enquadrem no perfil da distribuição

necessária de renda. Ao falarmos da distributividade, conceitualmente trazemos as lições do professor Sergio Pinto Martins:

Caberá à lei escolher as necessidades que o sistema poderá atender, conforme as disponibilidades econômico-financeiras, acontecendo a distributividade implicativa a necessidade de solidariedade para poderem ser distribuídos recursos. A idéia de distributividade também concerne à distribuição de renda, pois o sistema, de certa forma, nada mais faz do que distribuir renda. A distribuição pode ser feita aos mais necessitados, em detrimento dos menos necessitados, de acordo com a previsão legal. A distributividade tem, portanto, caráter social (2007, p. 268).

Afirma o autor, o poder e organização do sistema da Assistência Social, respeita a Lei. Na implicação da matéria a ser regulada, com caráter social na distributividade, procurando focar nas pessoas, em que sofrem necessidades maiores na distribuição de renda.

Outro princípio que damos a precisa contextualização, trata-se do Princípio da descentralização político-administrativa: Este tem sua fundamentação firmada no Artigo. 204, Inciso I *verbis*:

As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes: I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social (MARTINS, 2007, p. 269).

Parte do Legislador, a implicação da matéria, nas ações conjuntas em meio aos entes federativos Estados e Municípios, quantos os requisitos da Assistência Social na execução dos programas sociais. Convocando a inclusão da sociedade brasileira, quando no supracitado artigo, mencionamos as entidades beneficentes e de assistência social.

Explanados os princípios em destacada relevância a Assistência Social, passaremos ao estudo, sobre a organização deste sistema. Sendo abalizada na Constituição Federal de 1988, compreendendo sua interpretação, em uma política pública em presença do direito das pessoas e cabendo o Estado dever em resguardá-lo.

Neste contexto, enfatizamos à Assistência Social como política não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas, sobre orientação do Artigo 1º da LEI Nº 8.742/1993.

Por conseguinte, este sistema opera de forma descentralizada e participativa, com a denominação de Sistema Único de Assistência Social (Suas), no qual, assume como parâmetros: consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva; estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social; definir os níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais; fiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos. Sendo, os objetivos trazidos acima quanto a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, o território.

O órgão central regulamentador da assistência social, incide na criação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, dentro da esfera Federal; cabendo a este Ministério, a coordenação e edição de normas gerais pertinentes a política assistencial, incumbindo as esferas estaduais e municipais a coordenação e execução dos seus respectivos programas, ao passo de uma estrutura federativa descentralizada na assistência social. Evidenciamos que apesar da organização ser proposta na esfera Federal, em momento algum exclui os entes federativos sobre qualquer tipo de ações em programas sociais.

Explicadas as considerações gerais sobre a Seguridade Social e Assistência Social, iniciamos o enfoque voltado a Saúde. Introduzida em nosso meio, quando trazemos o Artigo 196 da CF/88 diz: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.* Combinado com Artigo 2º da LEI Nº 8.212/1991 (Lei Orgânica da Seguridade Social).

Para tanto, em todas as atividades no âmbito da Seguridade Social, a participação da sociedade tem papel destacado, contido em exterioridade fundamental no desenvolvimento da Saúde, quando o legislador por via legal, apresentou instrumentos relativos a conferência de saúde e conselho de saúde.

Quanto ao primeiro instrumento a conferência, reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

Tratando-se do Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Redação amparada nos § 1º e § 2º do Artigo 1º da LEI Nº 8.142/1990. Além dessa preocupação legislativa de colocar a sociedade compartilhando os programas sociais. Este avulta, não apenas o caráter da saúde física, bem como, o caráter socioeconômico do cidadão na disposição a exemplo: do lazer, dentre outros requisitos sociais.

Portanto, a Saúde é direito fundamental, constitucionalizado, de importante perspectiva social e governamental na regulamentação e efetivação desta temática. Onde o Estado tem a obrigação de promover da melhor forma, sua contraprestação a sociedade brasileira, mediante políticas sociais e econômicas obstinando o risco de doenças. Garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de sua promoção, proteção e recuperação encontrando seu ordenamento nos arts. 196 a 200 da CF:

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

O sistema de saúde tem ações previstas na Constituição Federal, a exemplo: do atendimento integral com atividades preventivas; fiscalização do Estado e regulamentação da matéria, bem como, o poder de verificação será desdobrado a sociedade.

Tais pressupostos motivaram a escolha do tema para fins de estudo e pesquisa, devido à perspectiva em incluir às políticas voltadas, para o efetivo tratamento dos pacientes. Apresentando padrões de tratamento de saúde na localidade em que residir o mesmo, no qual, padecem da falta de estrutura e organização da Saúde brasileira, relacionando-se intrinsecamente com as práticas do Serviço Social.

O Serviço Social, como profissão interventiva, tem como metas, pesquisas direcionadas, ao conhecimento da realidade. Onde procuramos aprofundar este contexto no sentido prático, em contribuir nas mudanças socialmente imprescindíveis há realidade peculiar do cidadão. O aclarado tema da realidade prática, com seu amparo no Serviço Social. Não delimita o trabalho destes profissionais, apenas aos hipossuficientes. Mas, a realidade social e econômica do Brasil, direciona o trabalho do Assistente Social; mesmo incluso no processo todas as camadas da população, que se encontra em situações vulneráveis existentes no país.

3 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: trajetória histórica

O sistema de saúde brasileiro, em meados do século XIX, se ampliou padronizado na universalização excludente, no qual, decorre um sistema híbrido que engloba o sistema público, ampliando os seguros de saúde privados.

Neste século, a saúde pública trazia em sua configuração o modelo campanhista, em que incidia cuidados de problemas coletivos, a saber, das epidemias e da vigilância e regulamentação de aspectos da vida econômica e social que interessassem à coletividade, como eram os casos de controle de alimentos, do meio ambiente, entre outros aspectos. Entretanto, a doença e seu atendimento eram considerados assuntos privados. “Ficava, portanto, sob a responsabilidade de cada pessoa, família ou empresa prover atenção sanitária aos seus necessitados” (CAMPOS, 2006, p. 134).

Com base nos apontamentos de Campos, é importante observamos que as três primeiras décadas deste século, podem ser definidas como um período de hegemonia das políticas de saúde pública. Significando um modelo de atenção em saúde orientada predominantemente, ao controle das endemias e generalização de medidas de imunização. Vista como ideologia de campanha, quando contextualizada pelas extensas repercussões sociais das políticas de defesa de renda do setor exportador cafeeiro, bem como, pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o controle das contas públicas.

A destacada Política de Saúde apresentou nos anos 70, uma boa segmentação. Devido os trabalhadores do mercado formal, passarem a ter acesso aos serviços de Previdência Social, estes contribuindo de acordo com sua camada social financeira. Neste sentido, quanto mais privilegiada for a sua esfera social, acarará diretamente com os custos desta Política de Saúde. Segundo, Camilo (1999, p. 159):

Nos anos 70, com a expansão do setor industrial e, conseqüentemente, o aumento da urbanização, há uma forte pressão por acesso aos serviços de saúde [...]. Ao mesmo tempo, o governo militar buscava responder a esta pressão, ampliando inicialmente a cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais por intermédio do Funrural, bem como expandindo a cobertura através da ampliação da assistência médica.

É nesse período, com a criação do FUNRURAL, que constituiu a política dos atos médicos e dos serviços de apoio terapêutico, com laboratórios e hospitais.

Esse ato era visto como uma garantia de saúde, deixando de lado os aspectos socioeconômicos a ela atrelados, como as condições de vida, trabalho e alimentação.

Em 1971 instituiu-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL) gerido pelo FUNRURAL incluindo, em 1972, os empregados domésticos e autônomos na Previdência Social. Entretanto, houve um paradoxo no sistema de saúde no Brasil nesse período, haja vista, em um curso era ampliado o âmbito de ação da Previdência Social, transparecia o caráter discriminatório da política de saúde, na medida em que ficavam claras as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo nos serviços de saúde entre os usuários urbanos e rurais (CAMILO, 1999). Em face disso adotou-se, em 1974, uma série de reformulações com implicações diretas e indiretas nas políticas de saúde.

Neste mesmo ano, foi instituído o Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), pouco antes a posse do general Geisel, que estabelecia dois grandes campos institucionais: o Ministério da Saúde (MS), de caráter normativo, com ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária; e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com atuação voltada para o atendimento médico-assistencial individualizado.

O Ministério da Saúde em 1975 teve uma ampliação substancial nos seus recursos dilatados, seguindo nesta vertente a previdência, com a unificação e centralização de recursos, pelo menos aparentemente também parecia robustecida (ESCOREL, 2008).

Firmado nas considerações de Escorel, convém salientar que o II PND possibilitou abrir espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos, que terminaram por absorver intelectuais e técnicos de oposição ao governo militar. Formando uma rede de sustentação de projetos e pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos. Dessa forma constituíram as bases institucionais que estimularam o movimento sanitário – ou seja, Reforma Sanitária – em seu processo de articulação e crescimento.

A década de 70 foi extraordinária para formação da Assistência Social no Brasil. Quando em 1977 criaram o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) em que, se dividiram as ações relativas á previdência e a

assistência médica. O SINPAS foi, então, formado pelo Instituto de Administração Financeira Previdência Social (IAPAS), que, como o próprio nome indica, cuidava da parte financeira da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica. O INAMPS, continuou, passa a difundir, maliciosamente, que o aumento de serviços através de convênios era a solução mais acertada para o Estado (CAMILO, 1999).

Destacamos o conhecimento sobre o SINPAS, tendo por objetivo produzir serviços pagos, satisfazer a clientela e gerar lucros financeiros. Todavia suas atribuições foram indefinidas, descoordenadas e conflitantes, assim como, seu controle aleatório e episódico. Exclusivamente avaliado, na produção de atos remunerados, com gastos sendo considerados dispersos, mal conhecidos e sua clientela não bem identificada.

Seguindo na década de 70 no ano 1979, o general João Baptista Figueiredo assumiu a presidência com a promessa de abertura política, no qual, de fato a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, no período de 9 a 11 de outubro de 1979, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, que contou com a participação de muitos dos integrantes do movimento e chegou a conclusões altamente favoráveis; ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças com universalização do atendimento, já numa transição com o SUS (BRASIL, 2002).

As lições que Bravo (2001, p. 94) apresenta norteia que: “A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da *questão social*, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.”

Neste sentido, afirma-se que a política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação de 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. Com base nisso, cabe salientar que:

As reformas realizadas na Política Nacional de Saúde, no período de 1974 a 1979, não contaram com a participação ativa dos trabalhadores, que exerceram pressões através do surgimento dos movimentos sociais. Alguns profissionais da saúde, nesse momento, iniciaram uma reação pretendendo transformar o setor através de modificações no sistema atual (caracterizado pela dicotomia das ações estatais, predominância do setor privado, ênfase no

atendimento hospitalar e corrupção), mais enfrentaram embates constantes com os interesses empresariais e industriais que eram hegemônicos nas definições da política de saúde, tendo como um dos articuladores a Federação Brasileira de Hospitalares (FBH), que congregava os interesses do setor privado (BRAVO, 1996, p. 45).

Conforme o exposto acima se observa que a tentativa de efetivação das políticas de saúde no Brasil não é um fator recente. Todavia, a concepção e a implementação de políticas públicas quase sempre deixaram a desejar em relação à verdadeira realização do direito humano à saúde, fazendo com que os principais e mais graves problemas estruturais da saúde se fizessem persistir até os dias de hoje.

No período de transição das décadas de 1970 e 1980 foi se configurando um movimento com nova concepção que é a reforma sanitária de 1980.

Segundo Bravo (2001), a reforma sanitária brasileira nasceu da luta contra a ditadura, estruturou-se nas comunidades, nos serviços de saúde, nos sindicatos e nas universidades, resultando no pacto social estampado na Constituição Federal na qual define a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Verifica-se que a reforma sanitária foi o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscando a transformação do setor de saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania.

De acordo com Teixeira (1989 apud BRAVO, 2001) política que se instala durante a década de 80 tem como aspectos centrais a politização da questão da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das práticas institucionais.

Conforme as considerações acima expostas, observa-se que a saúde na década de 1980, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se:

Os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais com a melhoria da situação e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário [...], os partidos políticos de oposição [...], e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2001, p. 96).

Dentre as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual, bem como a descentralização do processo decisório das esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão que foi os chamados Conselhos de Saúde.

Em maio de 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, surgem as ideias que iriam ganhar forma em um programa racionalizador do INAMPS denominado PREVSAÚDE com o objetivo de generalizar o desempenho obtido com o Programa PIASS voltado à assistência primária. Este Programa não saiu das gavetas em função da crise econômica da Previdência que se iniciou em 1981 (MENDES, 1996).

A pouca prioridade dada às ações de saneamento e à medicina preventiva facilitava o surgimento de doenças, que poderiam ter fácil solução com medidas preventivas e APS. Desse modo, houve o crescente volume de recursos para a medicina curativa ameaçava o sistema previdenciário. A partir de então, formou-se uma consciência de que era necessário repensar a política de saúde.

As ideias difundidas pelo MRSB começavam a repercutir no interior do governo. Surgindo em 1982 o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do CONASP, que foi criado para racionalizar as ações de saúde. Portanto, o modelo curativo a época predominante, dar início para uma nova estruturação.

Segundo Mendes (1996), este plano atuou sobre a racionalização das contas com os gastos hospitalares dos serviços contratados com o sistema SAMHPS - Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social, pondo fim à modalidade em uso, denominada pagamento por unidade de serviço. Além

disso, o Plano refere-se também ao aproveitamento da capacidade instalada de serviços ambulatoriais públicos.

Como consequência do Plano do CONASP, visando conseguir uma maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos, em 1982 foram firmados convênios trilaterais envolvendo os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde, os quais posteriormente foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde – AIS, com o objetivo da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Esta proposta abriu a possibilidade de participação dos estados e, principalmente, municípios na política nacional de saúde (MARTIN, 2001).

Com a implementação das AIS, representou o efetivo passo inicial incluso no processo de descentralização da saúde. Estas AIS passaram a incorporar os serviços estaduais e municipais à rede de serviços pagos pelo INAMPS integrando as esferas de governo em comissões interinstitucionais de saúde. Em que, os convênios foram um marco na instituição da gestão colegiada nas diversas esferas de governo e na responsabilização dos municípios como porta de entrada do sistema.

Neste contexto, os recursos da saúde começaram a ser desconcentrados e segundo Martin (2001), os repasses de encargos e dos recursos foram vinculados a compromissos assumidos perante a União. Para a referida autora, esta desconcentração foi caracterizada pela transferência de “recursos carimbados” aos municípios, eventualmente, até contrários às prioridades locais. Entretanto as AIS, com a ideia de gestão colegiada, e na sequência o SUDS - Sistema Unificado e descentralizado de Saúde de 1987 começaram de modo prático arquitetar as ideias da Reforma Sanitária.

Por sua vez, as AIS representaram um movimento de estímulo à municipalização, enquanto o SUDS representou uma re-centralização nas mãos das secretarias estaduais de saúde. Este último, não causou maiores estragos à descentralização por que foi de curta duração (de 1987 a 1990) e devido o movimento político pró-municipalização estava bastante fortalecido, como ilustra o parágrafo seguinte.

De acordo com Mendes (1996), as discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde, em março de 1986, resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso

igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. A Conferência já apontava para a municipalização como forma de executar a descentralização.

Pode-se dizer que uma das grandes conquistas, da estruturação na Assistência Social, deu-se na reforma sanitária, fundamentada sua definição na Constituição Federal de 1988 (CF/88), voltada a matéria ao setor da saúde, precisamente no art. 196 da CF/88, onde se definiu com clareza a universalização do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, é correto afirmar que:

A Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência é concebida de forma integral (preventiva e curativa). Definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (BRASIL, 1988).

Conforme o supracitado argumento, observa-se que a reforma sanitária passou a contar com leis e decretos positivados, de forma normativa pelo Estado na pessoa da União, objetivando a universalização dos serviços de saúde para a população brasileira sem nenhuma divisão.

Sobretudo, enfocamos o final dos anos 80, como período fundamental de transição, para demudar a política de saúde, no qual, configurava-se na privatização da área. Na medida que, combatemos este propósito, aplicando o fortalecimento do setor público na Saúde nacional. Sendo abalizada na politização da questão, a norma constitucional sofre alterações, para solidificar a mudança do arcabouço das práticas institucionais.

Contudo, nesse mesmo período, houve dúvidas e incertezas quanto à implementação do projeto de reforma sanitária. Dentre essas dúvidas, Bravo (2001), destaca: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passa a dar direção no setor a partir de 1988.

A burocratização da reforma sanitária acabou por afastar a população da cena política, despolitizando o processo. Com isso, a construção democrática era a única via para se conseguir a reforma sanitária e a mobilização política uma de suas

estratégias, ficando, portanto, o desafio colocado para os setores progressistas da saúde que deveria ser viabilizado na década de 1990.

Nesta ótica, temos como ponto de partida todos os aspectos já referenciados. Ao passo que, o contexto histórico e evolutivo da sociedade brasileira implicou no planejamento da reforma sanitária, tomada pela política neoliberal italiana. Onde se redireciona ao Estado o fundamental papel jurídico e social de assegurar melhorias nas condições de saúde da população, bem como, a universalização no acesso deste sistema de saúde para toda uma coletividade, com a devida efetivação e materialização dessa nova política, que será analisada na imediata seção.

3.1 A consolidação do Neoliberalismo na década de 1990 no Brasil

No tocante a sistemática do neoliberalismo observamos, a temática na relevância desta expansão, no sentido, de intervenção do Estado no exercício intenso de regulamentação social. Que compõe, as intenções da população em estabilizar setores econômicos e sociais, para de tal modo, reaver a primazia do mercado. Nesse contexto, convém salientar que:

Neoliberalismo é a resposta à crise do capitalismo decorrente da expansão da intervenção do Estado, antagônica à forma mercadoria, ainda que necessária para sustentá-la. Após alguns anos de diagnóstico e de tateações, o neoliberalismo toma forma no final da década de 1970 como 'Reaganismo' e 'Thatcherismo', e consiste essencialmente em uma tentativa de recompor a primazia, e recuperar o âmbito, da produção de mercadorias. Renegando as formas social-democratas que acompanham o estágio intensivo, nega a crise estrutural e histórica do capitalismo e se volta às origens desse, do tempo do liberalismo -- daí o nome de neoliberalismo (MORAES, 2001, p.154).

Diante da citação exposta, é correto afirmar que o neoliberalismo, compete um conjunto de ideias políticas e econômicas partidas do capitalismo, pelo qual, defendem uma economia estatal de livre mercado. Quando esse modelo político objetiva o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país sem grandes influências estatais.

Segundo Moraes (2001), as políticas neoliberais perseguidas ao final dos anos 70 e no começo dos 80 por parte dos governos nacionais dos países centrais

constituem precisamente uma tentativa (crescentemente desesperada) de 'remercadorização' de suas economias. Nesse sentido:

O neoliberalismo prevê também a possibilidade do Estado exercer, não mais temporariamente, mas de forma permanente, a sua atuação em certos setores da economia social. Os neoliberais entendem que haverá vítimas inevitáveis deste modelo econômico, e será papel do Estado socorrê-las. O poder público precisa tomar as medidas necessárias para reduzir ao mínimo as injustiças econômicas, prestando auxílio aos excluídos no processo. Eles acreditam haver muito espaço no campo ação social para que seja desempenhado o papel do governo (MORAES, 2001, p. 154).

Neste sentido, o modelo do neoliberalismo apenas exige do Estado uma intervenção mínima, quanto as matérias que possam obstaculizar o livre funcionamento das estruturas organizacionais do país tais como: saúde, educação, moradia dentre outras. Na medida que, ocorre uma auto-regulamentação de mercado.

Voltados para o Brasil, o modelo neoliberal, foi introduzido pelo fracasso do modelo econômico anterior, que consistia na industrialização por substituição de importações, com intensa participação estatal. De acordo com Antunes (2004), esse modelo começou a ser colocado em prática no governo de Vargas, e, só foi adotado visando superar as graves dificuldades geradas pela crise de 1929, que levou o sistema agrário-exportador brasileiro ao colapso. O resultado desse modelo econômico, entre 1930 e 1964, transformou o Brasil num dos "campeões mundiais" de crescimento econômico. Esse crescimento econômico só foi possível com a união de três elementos que eram: a expansão do setor industrial, a intervenção do estado na economia e o populismo.

Estes efeitos neoliberais foram percebidos anos mais tarde, nos governos de Collor Fernando Henrique Cardoso e Lula e deu-se da seguinte forma:

No governo Collor, no início da década de 1990, os produtos importados passaram a invadir o mercado brasileiro, com a redução dos impostos de importação. A oferta de produtos cresceu e os preços de algumas mercadorias caíram ou se estabilizaram. Os efeitos iniciais destas medidas indicavam que o governo estava no caminho certo, ao debelar a inflação que havia atingido patamares elevados no final da década de 1980 e início da década de 1990, mas isso durou pouco tempo. Ao mesmo tempo, o governo passou a incentivar os investimentos externos no Brasil mediante incentivos fiscais e privatização das empresas estatais. No entanto, estes investimentos chegaram um pouco mais tarde, dado o receio dos investidores frente à instabilidade econômica do país naquele momento. O processo acelerado de abertura econômica, mais intenso no governo Fernando

Henrique Cardoso, fez com que muitas empresas não conseguissem se adaptar às novas regras de mercado, levando-as à falência ou a vender seu patrimônio. Muitas multinacionais compraram essas empresas nacionais ou associaram-se a elas. Em apenas uma década as multinacionais mais que dobraram sua participação na economia brasileira. O governo Lula não mudou a orientação da política econômica do governo que o antecedeu. (ANTUNES, 2004, p. 172).

Mediante o que foi exposto, pode-se dizer que a política neoliberal nos governos dos presidentes Collor, FHC e Lula, com enfoque principal no âmbito da econômico, fora profundamente marcada pela privatização de empresas estatais, decorrentes de pressões externas e escusas transações políticas, levando a falência empresas nacionais rentáveis, intencionalmente para privatizá-las.

Concernente à política neoliberal no âmbito da saúde, menciona-se que o sistema de saúde brasileiro ingressa na primeira década do novo século com desafios gigantescos, agravados pelos marcos da política de ajuste neoliberal introduzida na década de 1990.

Segundo Mendes (2001) essa reforma se materializou juridicamente, com a Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

A reforma sanitária é realizada aproveitando-se a oportunidade aberta pelo processo de redemocratização do País, configurando reforma "big-bang", pela amplitude e profundidade das mudanças. Após a implementação, adquire um caráter lento, sem um desenho estratégico global, com escopo restrito. Uma única macrofunção é adotada através de negociações arrastadas, que se cristalizam em Normas Operacionais Básicas. O segundo momento tem seu auge a partir do final de 1993, quando se dá a institucionalização do Programa Saúde da Família, ponto estratégico para o reordenamento da mudança de modelo de atenção (MENDES, 2001). De acordo com Campos (2006, p. 135):

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada tardia, pois quando já havia um declínio das concepções socialistas ou de estado de bem-estar em todo o mundo, houve no Brasil o apogeu do reformismo da saúde. Em todo o mundo se falava e se praticava o neo-reformismo liberal e, aqui, no campo da saúde, firmou-se, política e gerencialmente, o que viria a se constituir em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema de saúde.

Todavia, alguns autores como Fleury (1994) consideram a reforma sanitária brasileira bem-sucedida por haver instituído um novo padrão de intervenção do Estado na saúde, buscando garantir direito universal e atenção integral à saúde por meio de um sistema descentralizado e com importante grau de democratização quando da reformulação e execução políticas.

O Estado adota um órgão respectivo a Saúde, trata-se do Sistema Único de Saúde (SUS), menciona-se que este foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde de forma integral, independente de contribuição social.

Antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos indigentes, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 191 milhões de brasileiros (BRASIL, 2011b).

Como foi ressaltado na Assistência Social os princípios constitucionalizados servem de parâmetros, junto ao SUS, que tiveram os seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Neste sentido apresentamos com a mesma acepção: Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais.

Referente aos anos 90 houve um intenso processo de descentralização, conforme orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. Segundo Levcovitz; Lima e Machado (2001), as NOBs representam instrumentos de regulação dos processos de descentralização, que tratam eminentemente dos

aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96). Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revista e publicada em 2002 a qual se encontra atualmente em vigor. De forma secundária e diferenciada entre as três NOBs editadas na década de 1990 – NOB 91, NOB 93 e NOB 96 – trataram também de outros aspectos da organização do sistema de saúde.

Esses aspectos são fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção e um sistema tributário ainda relativamente centralizado.

A matéria de financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Para tanto, analisamos a recentemente Emenda Constitucional nº 29 de setembro de 2000, tida subsequente aprovada, determina a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema.

Estes recursos federais que correspondem a mais de 60% do total, progressivamente vêm sendo repassados a Estados e municípios, por meio de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. A intensa habilitação de municípios e Estados gerou um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais (BRASIL; CONASS 2003).

Ressalta-se, que os critérios e mecanismos de repasse/transferência dos recursos federais para as instâncias sub-nacionais de governo, são peças essenciais da política saúde, pois atuam como definidores da repartição de atribuições e competências do grau de autonomia gestora, de cada esfera de governo no sistema de saúde. Isso se deve ao fato de o financiamento federal do SUS representar um percentual significativo do gasto público setorial, em comparação ao gasto efetuado a partir de receitas fiscais próprias dos estados e municípios.

Em face da retrospectiva sobre as políticas de saúde no Brasil, dar-se-á ênfase as políticas de saúde no Estado do Maranhão, conforme é apresentado na seção seguinte.

3.2 Políticas de Saúde no Maranhão

Adentrando a matéria de saúde pública no Maranhão, a mesma percorre uma trajetória que segue o análogo idealismo em nível nacional, no que diz respeito à construção de uma política de saúde, permeados nos fatores externos representados pela própria arquitetura forjada no governo central. Nessa perspectiva, torna-se importante traçar alguns aspectos históricos importantes a respeito do Sistema de Saúde do Maranhão.

Apresentados argumentos por Mendes (1996) menciona que até o final do século passado, o Brasil não tinha uma forma de atuação sistemática sobre a saúde da população; apenas, e de forma eventual, atuava em situações de epidemias. A economia, na virada do século, era essencialmente agrícola e as divisas necessárias para o crescimento do país eram oriundas principalmente da exportação agrícola.

Segundo o mesmo autor, as primeiras iniciativas do governo no campo da atenção à saúde dão-se a partir de interesses meramente mercantis. As regiões que não tinham alguma importância estratégica para a economia do país ficavam abandonadas à própria sorte em termos de práticas sanitárias. Frente a isso, pode-se afirmar que até então o Brasil não possuía nenhuma política voltada para a atenção à saúde de seus habitantes.

No Maranhão, no contexto da década de 1910, a saúde pública tornou-se mais orgânica. Para isso o papel do governo de Urbano Santos (1918-1922) foi determinante, pois pouco antes de assumir o poder no estado o jurista havia sido vice-presidente do Brasil (na gestão Wenceslau Brás, 1914-1918), o que facilitaria articulações do Maranhão com o governo federal em questões de saúde pública (SOUSA, 1996).

De acordo com a referida autora, no decorrer da década de 1920 a ênfase dos governantes em relação à saúde pública recaiu em programas de saneamento, visto que os representantes do Executivo estadual, naquela época, deram destaque – quando de suas passagens pelo poder – à implantação e melhoramentos dos serviços de distribuição de água e coleta de esgoto, sobretudo na capital.

De outro lado, Sousa (2007) menciona que a criação de um aparato coativo, próprio de regimes autoritários, criou uma elite dirigente, obstou a participação popular no governo e, ao inviabilizar o exercício da transparência, uma

das características da forma republicana de governar, abriu espaço para a consolidação da mesma moralidade pública que o Governo pretendia aniquilar: a que se expressou, prioritariamente, mediante a utilização da linguagem clientelista na relação entre o governo e a sociedade.

No campo da saúde, na década de 1930, o governo de Paulo Martins de Sousa Ramos deu relevo à Diretoria de Saúde e Assistência, em consonância com as estruturas nacionais congêneres (Ministério de Educação e Saúde e Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social).

No referido governo se investiu na construção de toda estrutura física básica no campo da Saúde. Para isso, pôs à frente da Diretoria de Saúde e Assistência o já reconhecido médico Tarquínio Lopes Filho (SOUSA, 2007).

Ao se observar o sistema de saúde no Maranhão na década de 1990, torna-se importante citar as considerações de Silva (1991, p. 10) na qual salienta que:

O Sistema de Saúde no Maranhão é um dos mais precários do Brasil, influenciado pelo fato de que a faixa da população economicamente ativa integra os mais baixos salários do país. Esta realidade se expressa por dois indicadores de salubridade do homem maranhense [...].

Mediante o exposto, observa-se que o sistema de saúde que vigorava no Estado do Maranhão se configurava de uma estrutura isolada e própria, na qual contribuiu para a dispersão de recursos, paralelismo de ações e atendimento ao clientelismo político, altamente prejudicial ao setor.

De acordo com Silva (1991) afirma-se que o governo instalado em 15 de março de 1991 recebeu instrumentos institucionais para a organização do setor de saúde baseados nas Constituições: brasileira e estadual, nas leis de 8080/90 e 8142/90, respectivamente.

Segundo o referido autor, cabe ao governo a decisão política de organizar e por em prática o sistema de saúde, resgatando compromissos assumidos de melhorar a saúde do homem maranhense, fazendo parte de suas ações, também, apurar os fatos revelados pela CPI da Câmara Estadual, a fim de que a sociedade se sinta segura que a Secretaria de Saúde não está infiltrada de mecanismos que acobertam a má conduta de seu dirigente.

De acordo com o mencionado acima por Silva, observa-se que a autora faz um apanhado geral sobre a situação do sistema de saúde e de assistência

prestada no Maranhão na década de 90. Critica esse modelo de sistema e discute novos caminhos que o governo do Maranhão poderia tomar para servir de referência para a organização e definição de prioridades no setor de saúde, inclusive no trabalho pela qualidade da formação profissional, pela organicidade do sistema, pelo seu caráter resolutivo e pela responsabilidade que todos devemos assumir enquanto guardiões do bem do bem mais fundamental do ser humano que é o direito à vida saudável.

No início do século XXI, com o intuito de oferecer melhores condições nos serviços de saúde no Estado do Maranhão, foi criado no ano de 2000 o Conselho Estadual de Saúde com fulcro na Lei Federal nº 8.080/90 e no art. 207 da Constituição do Estado do Maranhão – órgão colegiado ligado a Gerência de Qualidade de Vida, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários de caráter permanente e deliberativo – tendo por finalidade atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Na década de 1990 um conjunto de decisões políticas no bojo da reforma do Estado chegou ao Maranhão o qual seguiu estritamente o receituário da política desenvolvida no âmbito federal¹. Tal reflexo se materializou através da reforma administrativa empreendida pelo governo estadual ao se articular com a política do governo federal, foi implantada uma política de incentivo com a iniciativa privada. Esse processo de neoliberação adotado pela governadora Roseana Sarney produziu efeitos perversos na área da saúde pública a partir de um amplo programa de privatização, terceirização, em São Luís, alguns hospitais da rede pública tiveram suas gestões terceirizadas como HCM, Maternidade Marly Sarney, e Hospital Juvêncio Matos.

¹ Governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), marcado pela privatização de algumas empresas estatais.

4 O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL E O TRATAMENTO FORA DOMICÍLIO – TFD

O Tratamento Fora do Domicílio é regulamentado, no âmbito nacional, através da Portaria SAS/GM no. 55, de 24 de setembro de 1999, e na esfera estadual CIB/MA resolução nº 144/2010, de 24 de setembro de 2010, cabendo os Municípios constituir uma Comissão Municipal de avaliação de TFD, composta por um médico, um técnico de nível superior – assistência social ou enfermeira, e um técnico de nível médio.

O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, é um programa social que possibilita o tratamento médico para pacientes com doenças não tratáveis no município de origem, quando esgotado todos os meios de tratamento, desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, no período estritamente necessário a este tratamento e aos recursos orçamentários existentes no estado do Maranhão. Neste sentido, o TFD auxilia o paciente com uma ajuda de custo, e em casos especiais, também ao acompanhante, encaminhados por ordem médica às unidades de saúde referenciada em outro município ou Estado da Federação.

A organização do fluxo de pacientes neste programa é realizada através do diagnóstico médico, de acordo com os graus de alta e média complexidade. Os tratamentos do benefício consistem em: consultas, tratamento ambulatorial, hospitalar / cirúrgico previamente agendado; Passagens de ida e volta - aos pacientes e se necessário a acompanhantes no mesmo valor, para que possam deslocar-se até o local onde será realizado o tratamento e retornar a sua cidade de origem; Ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e/ou acompanhante enquanto durar o tratamento. Responsabilização pelas despesas decorrentes de óbito do usuário de TFD. Análise de situações especiais, quando as condições físicas do paciente não permitirem o transporte rodoviário.

Vale destacar que a responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos **intraestadual** será atribuído às Secretarias Municipais de Saúde, de onde o paciente reside que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios. Entretanto, quando o deslocamento for realizado a partir de um Município não habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), isto é, esteja habilitado apenas na Gestão Plena da Atenção

Básica (GPAB), a competência para a concessão do benefício é da Comissão Estadual de TFD a qual o município está vinculado.

Já a responsabilidade pelo pagamento de despesas nos deslocamentos **interestaduais** será atribuída à Secretaria de Estado da Saúde, que também utilizará a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado.

A aquisição do Tratamento fora à domicílio requer um conjunto de documentação, podemos elencá-las:

I - Laudo médico, próprio do TFD, devidamente preenchido pelo médico solicitante (médico assistente do município), informando a necessidade do paciente realizar o tratamento fora de sua cidade, descrevendo o diagnóstico e justificando a necessidade do tratamento. O laudo deverá ser preenchido em 03 (três) vias, digitado ou manuscrito.

II - Para que seja concedido, o pedido deve ser formalizado em processo próprio e constituído com os seguintes documentos:

- O Pedido de Tratamento Fora de Domicílio (formulário próprio);
- Laudo Médico;
- Xerox de Exames;
- Xerox de: Certidão de nascimento (paciente menor de idade) ou carteira de identidade (paciente maior de idade);
- Xerox da carteira de identidade do acompanhante, se houver.

Levantados os documentos o paciente ou acompanhante formaliza o pedido junto à Unidade Mista ou Secretaria Municipal de Saúde, a equipe composta por um médico, um técnico de nível superior – assistência social ou enfermeira, e um técnico de nível médio. O papel do profissional de assistência social consiste em auxiliar o paciente em organizar a documentação, orientando-os a seguir os passos correspondentes para aquisição do benefício.

Além disso, este profissional compõem a equipe de avaliação do município de origem, acompanhando o processo do respectivo beneficiário. Quando encaminhado à Regional de Proteção Social - RPS competente, não havendo, deste modo, necessidade do paciente ou acompanhante de comparecer na Regional, pois, o assistente social se depreende em supervisionar o resultado da solicitação.

A resposta ao pedido de TFD (autorizado ou negado) será enviada ao órgão de origem, através de ofício, fax ou por telefone. Após liberado o processo do TFD, o assistente social informa o paciente ou acompanhante a necessidade de organização da viagem no prazo de 10 (dez) dias antes de sua consulta marcada no local de destino.

É importante destacar que, o auxílio do Assistente Social para este programa torna-se fundamental no acompanhamento de pacientes ou acompanhantes que, em sua maioria desconhecem este benefício e os critérios de aquisição. Orientando-os, na medida em que, são organizados os documentos e realizadas as análises de aprovação. Consideramos que o código de ética deste profissional apresenta as competências no qual estes profissionais trabalham, sejam elas:

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando-se as possibilidades de ações cotidianas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado (VASCONCELOS, 2003).

De acordo com a pesquisa realizada no Hospital Geral no setor social da Secretaria Estadual de Saúde, as atividades desenvolvidas pelo profissional de Assistência Social na saúde pública, consiste em: preenchimento de processo de Tratamento Fora do Domicílio –TFD; preenchimento de processo de medicamento de alto custo; fornecimento de passagens para as cidades de destinos, aos pacientes do SUS, com consultas/tratamento previamente agendados; agendamento de ambulância para fora do domicílio.

O Assistente Social na Secretaria de Saúde, é o profissional que atua junto aos usuários do SUS, efetivando por meio de suas ações o acesso destes à política de saúde. O trabalho, tendo como finalidade a garantia do bem-estar físico, mental e social dos usuários, tendo como foco em suas ações os princípios da Lei

que regulamenta as ações e serviços da saúde, sendo esta Lei de n.º8.080, 19/09/1990.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática de saúde pública é uma constante no Brasil, os municípios e estados tem deficiências em oferecer o tratamento adequado, igualitário e sobretudo, completo ao cidadão. Se considerarmos o Art. 196 da Constituição brasileira estabelecendo que a saúde “é um direito de todos os cidadãos, cujo dever cabe ao Estado, através das unidades federativas e dos municípios”; na prática ocorre o inverso e, como forma de remediar as precariedades organizacionais de saúde, as políticas públicas inserem-se na tentativa de solucionar ou minimizar estas situações.

Por sua vez, o Tratamento Fora Domicílio se adentra nesta perspectiva visando, o custeio de pacientes para adquirir a cura de doenças em outras localidades. O que nos leva reconhecer a falta de compromisso dos municípios em garantir a saúde dos seus cidadãos, permitindo o seu êxodo à procura de tratamento. Outro aspecto negativo, gira em torno da burocratização, devido ao grande quantitativo de documentos que o beneficiário se submete para receber.

Apesar das lacunas existentes na saúde e os formatos de políticas públicas burocráticas, este programa tem contribuindo para o não descaso total do governo à sua população, garantindo passagens, hospedagens, ou seja, tratamento que deveriam ser ofertados no seu município de origem. Esta medida, não proporciona a efetividade da saúde pública, mas, ameniza as deficiências do sistema.

A necessidade de profissionais da saúde para desempenha-lo torna-se fundamental para a orientação e aprovação do benefício. Por sua vez, a presença do Assistente Social, adentra-se no espaço para auxiliar uma camada menos favorecida da sociedade, com suas dificuldades educacionais, em sua maioria não compreendendo o processo de aquisição ou ainda mais a garantia de seus direitos.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo. **A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)**. Autores Associados, 2004.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.
- BRASIL. Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991.
- BRASIL. LEI Nº 8.142/1990, de 28 de dezembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **O sistema público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (reprodução parcial).
- BRASIL. **O que é o SUS?**. 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>>. Acesso em: 29 abr. 2011.
- BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 87, set. 2006.
- CAMILO, M.V.R.F. Trajetória do direito à saúde: uma experiência de hospital-escola. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 59, mar. São Paulo: Cortez, 1999.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.
- SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 385-434.
- FLEURY, Sônia Teixeira. Equidade e reforma sanitária: Brasil. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 43, jun. 1994.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações itergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Lima 2001
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- _____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MARTIN, G.B; CARVALHO, B.G; CORDONI JÚNIOR, L. organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; CORDONI JÚNIOR, L (Orgs.) **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL; 2001. (MORAES, 2001, p.154).

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da seguridade social**. São Paulo: Atlas, 24ª ed., 2007.

MARANHÃO. **Manual de Tratamento Fora Domicílio**. 2010. Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/departamentos/conteudo/1743-departamento-de-tratamento-fora-do-domicilio.html>. Acesso em: 10 out 2015.

Portaria / SAS /MS / N.º 237 de 09 de dezembro de 1998. “ Que define a extinção da guia de autorização de pagamento – GAP, como instrumento de pagamento de Tratamento Fora de Domicílio – TFD. Publicada no DOU. N.º 238-E de 11 de dezembro de 1998.

Portaria / SAS / N.º 055 de 24 de fevereiro de 1999. “ Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA / SUS e dá outras providências. “ Publicada no DOU. N.º 38 de 26 de fevereiro de 1999.

Resolução nº 144/2010 de 24 de setembro de 2010 da Comissão Intergestora Bipartite - CIB-MA Dispõe sobre o Manual Estadual de Tratamento fora do domicílio. Publicado no D.O. U, nº 189 de 30 de setembro de 2010.

SILVA, Antonio Rafael da. **Saúde do homem maranhense**. São Luís: Instituto do Homem, 1991.

SOUSA, Salviana de Maria do Pastor Santos. **Os processos de organização dos serviços de saúde no Maranhão**. São Luís: UFMA, 1996.

SOUSA, Maria Anadete. **O mix público e privado na política de saúde: afirmação (e negação) de Direitos – uma análise do Hospital Dr. Carlos Macieira**. São Luís: UFMA, 2007.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2.ª Ed. São Paulo: Cortez, 2003.