

A experiência do Assistente Social no Programa de Tratamento Fora de Domicílio com ênfase no atendimento aos pacientes traumato-ortopédicos num Hospital de Referência

The Social Worker's Experience in the Out-of-Home Treatment Program with an Emphasis on Trauma and Orthopedic Patients at a Referral Hospital

La experiencia del Trabajador Social en el Programa de Tratamiento a Domicilio con especial atención a pacientes traumatológicos y ortopédicos en un Hospital de Referencia

Recebido: 11/11/2023 | Revisado: 20/11/2023 | Aceitado: 21/11/2023 | Publicado: 23/11/2023

Hívila de Oliveira da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9277-8420>
Universidade do Estado do Pará, Brasil
E-mail: hivilaoliveira20@gmail.com

Ivone Domingos e Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4112-3042>
Universidade do Estado do Pará, Brasil
E-mail: ivonedomingos977@gmail.com

Dayara Araújo de Negreiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7585-6634>
Universidade do Estado do Pará, Brasil
E-mail: dayaranegreiros.araujo@gmail.com

Udimere Lemos Matos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7374-9626>
Universidade do Estado do Pará, Brasil
E-mail: mere-matos@hotmail.com

Alexsandro Bararuá Maia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5001-437X>
Universidade do Estado do Pará, Brasil
E-mail: alexmbararu@gmail.com

Resumo

O estudo tem como objetivo conhecer a experiência do Assistente Social no Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD com ênfase no atendimento aos pacientes traumato-ortopédicos no Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna – HRBA, em Santarém/PA. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, transversal, de abordagem descritiva, tendo como base teórica o materialismo histórico-dialético; a amostra consistiu em 06 Assistentes Sociais do HRBA; como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada com perguntas abertas; os dados coletados foram analisados qualitativamente a partir da análise de conteúdo de Bardin. No primeiro momento, realizou-se uma breve discussão acerca da saúde pública e sua constituição como política social; no segundo item aborda-se o TFD no contexto do Sistema Único de Saúde, e por fim, apresenta-se os principais resultados da pesquisa realizada no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, destacando-se as dificuldades e desafios impostos ao trabalho do assistente social, tais como requisições, por parte da equipe, incompatíveis com suas competências/atribuições profissionais; precarização dos serviços de TFD; dificuldades de atuação junto aos Municípios de origem dos pacientes; falta de conhecimento dos usuários traumato-ortopédicos sobre os direitos e serviços preconizados pelo Programa de TFD e outros. Além disso, torna-se relevante alicerçar políticas públicas que visem o aprimoramento do TFD e acarretem em benefícios tanto aos usuários quanto no trabalho dos profissionais de saúde, em especial aos Assistentes Sociais, os quais devem fortalecer a categoria frente aos desafios impostos no cotidiano profissional.

Palavras-chave: Política de saúde; Sistema Único de Saúde; Serviço social.

Abstract

The aim of this study is to learn about the experience of social workers in the Out-of-Home Treatment Program (OHT), with an emphasis on the care of traumatic-orthopedic patients at the Regional Hospital of the Lower Amazon of Pará, Dr. Waldemar Penna - HRBA, in Santarém/PA. This is a qualitative, cross-sectional study with a descriptive approach, based on the theory of historical-dialectical materialism; the sample consisted of 06 Social Workers from

the HRBA; a semi-structured interview with open questions was used as the data collection instrument; the data collected was analyzed qualitatively using Bardin's content analysis. At first, there was a brief discussion about public health and its constitution as a social policy; the second section discusses the TFD in the context of the Unified Health System, and finally presents the main results of the research carried out within the scope of the Multiprofessional Residency in Health - Comprehensive Care in Orthopedics and Traumatology, highlighting the difficulties and challenges imposed on the work of the social worker, such as requests from the team that are incompatible with their professional competencies/attribution; precariousness of the TFD services; difficulties in working with the municipalities where the patients come from; lack of knowledge on the part of traumatology and orthopedics users about the rights and services recommended by the TFD Program, among others. In addition, it is important to lay the foundations for public policies that aim to improve the TFD and bring benefits both to users and to the work of health professionals, especially social workers, who must strengthen the category in the face of the challenges posed by day-to-day work.

Keywords: Health policy; Unified Health System; Social work.

Resumen

El objetivo de este estudio fue conocer la experiencia de los trabajadores sociales en el Programa de Tratamiento Ambulatorio (TTA), con énfasis en la atención a pacientes traumatológicos y ortopédicos del Hospital Regional de la Baja Amazonia de Pará, Dr. Waldemar Penna - HRBA, en Santarém/PA. Se trata de un estudio cualitativo, transversal, con abordaje descriptivo, basado en la teoría del materialismo histórico-dialéctico; la muestra fue constituida por 06 Asistentes Sociales del HRBA; el instrumento utilizado para la colecta de datos fue una entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas; los datos colectados fueron analizados cualitativamente utilizando el análisis de contenido de Bardin. En primer lugar, se realizó una breve discusión acerca de la salud pública y su constitución como política social; la segunda sección discute el TFD en el contexto del Sistema Único de Salud, y finalmente presenta los principales resultados de la investigación realizada en el ámbito de la Residencia Multiprofesional en Atención Integral de Salud en Ortopedia y Traumatología, destacando las dificultades y desafíos impuestos al trabajo del trabajador social, tales como solicitudes del equipo incompatibles con sus competencias/atribuciones profesionales; precariedad de los servicios de TFD; dificultades en el trabajo con los municipios de procedencia de los pacientes; desconocimiento por parte de los usuarios de traumatología y ortopedia de los derechos y servicios recomendados por el programa de TFD, entre otros. Además, es importante sentar las bases de políticas públicas dirigidas a mejorar el programa TFD, lo que beneficiará tanto a los usuarios como al trabajo de los profesionales de la salud, especialmente de los trabajadores sociales, que deben fortalecer la categoría frente a los desafíos que plantea el trabajo diario.

Palabras clave: Política de salud; Sistema Único de Salud; Servicio social.

1. Introdução

A saúde é garantida pela Constituição Federal de 1988 em seu Art.196 como um “direito de todos e dever do estado” garantir a sua efetivação, por meio de políticas sociais e econômicas que objetivem a redução do risco de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 2020).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde – OMS, passou a considerar a saúde em seu conceito ampliado definindo-a como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social”, derivada de políticas públicas e reconhecida como um direito universal e igualitário, e não meramente, a “ausência de afecções e enfermidades”. Com base nisso, tendo em vista alcançar metas almejadas no campo da saúde, a Constituição instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde – LOS, lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual o define em seu Art. 4º como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos, com a complementação da iniciativa privada (Carvalho, 2003).

Além dos dispositivos jurídicos mencionados, criados com a intenção de regulamentar a saúde na perspectiva da integralidade e universalidade, destaca-se a Portaria de nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que trata do Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD. O TFD é um instrumento legal e estratégia do SUS direcionado a pacientes acometidos por doenças não tratáveis no município de residência e que necessite de assistência médico-hospitalar com procedimentos considerados de alta e média complexidade eletiva a serem realizados em

outra cidade ou estado, desde que os meios de tratamento no seu município tenham sido esgotados e o usuário não possua condições de arcar com o tratamento, e dependa exclusivamente do sistema público de saúde (Brasil, 1999).

Para Forte (2022) o Programa visa disponibilizar auxílio aos usuários de saúde desprovidos de recursos financeiros para a manutenção das despesas decorrentes do tratamento médico fora de seu domicílio. Desse modo, constitui-se como uma importante estratégia de promoção da saúde, sobretudo, com vistas à materialização dos princípios norteadores do SUS.

No âmbito hospitalar, particularmente, dentre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de saúde que assistem diretamente os usuários vinculados ao TFD, destacam-se os Assistentes Sociais, categoria profissional sustentada por um projeto ético-político que “posiciona-se a favor da ampliação da cidadania, aprofundamento da democracia, equidade e justiça social, indo ao encontro dos fundamentos do SUS” (Silva & Kruger, 2018, p. 266).

Conforme o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (2010, p.29) o projeto societário da profissão compactua e se articula com o projeto de Reforma Sanitária, sobretudo, com os princípios norteadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade), devendo o Assistente Social “formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito à saúde”. Desse modo, compreende-se que o TFD é um direito dos usuários dos serviços de saúde e se enquadra na perspectiva dos direitos sociais garantidos na Constituição Federal de 1988, atendendo às demandas sociais relacionadas à precariedade dos serviços de saúde em alguns municípios.

Dentre os usuários das diversas especialidades que são assistidos pelo TFD, e principalmente, atendidos por profissionais do Serviço Social, estão os pacientes da Ortopedia e Traumatologia. Nesse contexto, constitui-se a seguinte problemática: Quais dificuldades os Assistentes Sociais encontram no atendimento aos pacientes da Ortopedia e Traumatologia vinculados ao programa de TFD? Essa interrogação desdobra-se em questões que nortearão o processo investigativo: O que é o TFD? Como o TFD possibilita o acesso aos serviços de saúde? Como ocorre o trabalho do Assistente Social no programa de TFD, especificamente no atendimento aos pacientes traumato-ortopédicos no HRBA?

Assim, busca-se apresentar aqui os principais resultados da pesquisa realizada no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde do Programa de Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia da Universidade do Estado do Pará – UEPA, que objetivou conhecer a experiência do Assistente Social no Programa de Tratamento Fora de Domicílio com ênfase no atendimento aos pacientes traumato-ortopédicos no Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna, em Santarém/PA.

2. Metodologia

A pesquisa orienta-se por uma perspectiva de caráter crítico e de abordagem qualitativa, compreendida por Gomes (2014, p.09) como aquela que “procura aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares de grupos mais ou menos delimitados”. Abordagem que, segundo o autor, tem se tornado comumente utilizada na pesquisa em saúde.

Trata-se ainda de um estudo transversal e descritivo, pois objetiva descrever características de uma determinada população ou fenômeno (Gil, 2017). O método adotado foi o materialismo histórico-dialético caracterizado pelo “movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade” (Pires, 1997, p. 87).

O *locus* foi o Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna, unidade hospitalar localizada na Avenida Sérgio Henn, nº 1364, bairro Diamantino, no Município de Santarém. A amostra da pesquisa compreendeu os Assistentes Sociais que atendem pacientes traumato-ortopédicos vinculados ao TFD, totalizando 06 participantes de um universo de 07 profissionais de serviço social, com os quais realizaram-se entrevistas semiestruturadas de forma individual, com dia e horário acordados previamente.

Nesta etapa, lançou-se mão do gravador de voz para que fosse ampliado o poder de registro das informações coletadas e fez-se uso de um roteiro contendo perguntas abertas, sendo possível nortear o desenvolvimento das entrevistas com cada participante. Utilizou-se como critério de inclusão, os assistentes sociais que aceitassem a participar por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e que estivessem atuando no período da coleta de dados; e como critérios de exclusão àqueles que estivessem exercendo o cargo de Assistente Social na instituição por um período igual ou inferior há seis meses.

Em relação ao perfil dos participantes, todos os 06 são formados pelo Centro Universitário Luterano de Santarém – CEULS/ULBRA, faculdade particular com ensino à distância e presencial; possuem entre 4 a 11 anos de experiência profissional, e no HRBA, entre 3 a 11 anos de atuação, sendo a primeira experiência profissional de 2 dos participantes. Além da área da saúde, os demais já atuaram em outras políticas sociais, tais como na área da assistência social, educação e segurança pública.

Ademais, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a temática, intencionando construir subsídios para a realização da pesquisa, a qual está fundamentada na literatura científica levantada por meio dos bancos de dados: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo, Diretrizes do Ministério da Saúde e outros materiais científicos. As literaturas levantadas nesta etapa tiveram como base as categorias conceituais ou palavras-chave: Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Política de Saúde, Programa de Tratamento Fora de Domicílio e Serviço Social na Saúde.

Posteriormente à coleta dos dados, realizou-se a transcrição dos áudios, mantendo a fidelidade e segurança do conteúdo, e em seguida, fez-se a análise e discussão. Para a análise dos dados, optou-se pelo uso da análise de conteúdo, compreendida por Bardin (2016, p.25) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos [...]”.

A pesquisa seguiu as etapas de análise de dados orientadas pela autora mencionada que se constitui, primeiramente, em *Pré-análise*: momento da organização dos materiais coletados e de leitura flutuante, constituindo-se como a preparação do material; *Exploração do material*: momento da decodificação e categorização do conteúdo; e *Tratamento dos resultados*: etapa que consistiu na inferência e interpretação das informações obtidas.

Salienta-se que o estudo foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Universidade do Estado do Pará – UEPA, Campus Santarém/PA, com o número de parecer 5.888.742, afim de cumprir com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução de nº466 de 2012, relacionadas às pesquisas envolvendo seres humanos, e somente após a liberação e devida aprovação do Comitê, deu-se início à pesquisa.

3. Resultados e Discussão

3.1 Constituição da Saúde Pública Brasileira: a historicidade da política de saúde

Abordar o processo constitutivo da Saúde Pública no Brasil implica reconhecer seu longo caminho até se estruturar como um Sistema Único e Universal e sua elevação ao status de direito, haja vista que a princípio os serviços de saúde eram voltados para ações com viés caritativo, restritas e dirigidas a uma só classe. Destarte, é válido fazer um retrospecto, apontando os fatos que marcaram e subsidiaram a constituição da Saúde enquanto Política Social.

Para Carvalho (2013) a assistência médica em meados do século XVIII, constituía-se em práticas filantrópicas e liberais de instituições como as Santas Casas de Misericórdia mantidas pela Igreja Católica. Paralelo a isso, o Estado desenvolvia ações de saúde frente às proliferações epidêmicas de doenças, dentre elas a varíola e febre amarela, com a

realização de campanhas de vacinações e saneamento básico como ocorreu no século XIX e início do século XX na cidade do Rio de Janeiro.

Bravo (2009) também aponta algumas iniciativas decorrentes das transformações econômicas e políticas surgidas no campo da saúde pública do fim do século XIX, a destacar a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Posteriormente, a questão da saúde aparece como reivindicação e ganha visibilidade no nascente movimento operário da época, o qual buscava melhores condições de trabalho e de vida aos operários.

Conforme a autora, em 1920 a saúde pública começa a ganhar novas configurações no cenário social, especialmente frente à crise política em curso, assinalada pelos tenentes, a partir de 1922. No ano seguinte, em 1923, houve a Reforma Carlos Chagas a qual tenta ampliar o atendimento à toda população. Neste período, são criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs ou Lei Elói Chaves como também foi denominada, como estratégia de sanar questões de higiene e saúde dos trabalhadores. Assim, considera-se que as CAPs se constituíram como base para a criação do sistema previdenciário brasileiro.

Com a referida Lei, a saúde atrelada à previdência passou a ser componente de um sistema para os trabalhadores. Entretanto, os benefícios eram proporcionais às contribuições. Foram previstos serviços como a assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio-funeral, somente aos contribuintes das CAPs (Bravo, 2009).

No período aludido, a saúde era restrita para alguns, ainda distante da concepção de “saúde universal e direito de todos”. Enquanto aos contribuintes era garantido o fornecimento básico de medicamentos e assistência médica-curativa, os demais seguimentos da população, ficavam sujeitos à caridade e à filantropia, o que acarretou na intensificação das chamadas doenças de massa, tais como as verminoses, malária, tuberculose, doenças de chagas, dentre outras, e corroborou para a emergência de uma reforma sanitária visto que as expressões da questão social se mostravam latentes (Escorsim & Rosa, 2021).

Entretanto, a maior inovação no que tange a assistência à saúde na época segundo Schechtman (2002), ocorreu em 1949, no segundo Governo Vargas, com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – SAMDU. Sua relevância nessa conjuntura se deu a partir de três características: o atendimento médico domiciliar, o qual não existia no setor público, porém, uma prática comum no setor privado; o financiamento consorciado entre os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs; e principalmente, o atendimento “universal” mesmo que limitado aos casos de urgência.

Bravo (2009) destaca que a conjuntura da década de 1930, principalmente em seus aspectos econômicos e políticos, facilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma orgânica e sistemática. As questões sociais expressas na década de 1920, em particular as de saúde, necessitavam de um enfrentamento mais sofisticado, com caráter político e intervenção estatal, na qual se pudesse criar novos aparelhos que contemplassem, de alguma forma, os trabalhadores urbanos assalariados. Sujeitos estes considerados importantes no cenário político da época, em virtude da nova dinâmica de acumulação do capital.

Concorda-se com a autora quando afirma que este processo, sob o comando do capital industrial, teve como principais características a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em condições precárias de higiene, habitação e saúde. Esse movimento se deu por conta da intensa migração nas grandes cidades atraídos pelo processo de industrialização, o que resultou na formação de favelas, cortiços e bairros operários, acarretando gradualmente a estratificação social no espaço urbano.

Nesse sentido, a política de saúde constituída neste período, caracterizava-se por seu caráter nacional, sendo organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro predominou até meados dos anos 1960 centralizando suas ações na busca de condições sanitárias mínimas para a população da área urbana e

restritivamente, para a área rural, e o segundo, só se elevou à condição de saúde pública a partir de 1966 no contexto civil-militar, período compreendido entre 1964 a 1985.

A política social nesse contexto, tinha como finalidade obter maior êxito no enfrentamento da questão social, como um instrumento canalizador das reivindicações e pressões populares. A política de saúde, em particular, sofreu permanentes contestações principalmente no que concerne a ampliação dos serviços, disponibilidade dos recursos financeiros, interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico, e a emergência da reforma sanitária (Bravo, 2009).

Um dos movimentos mais expressivos e transformador da área da saúde foi o Movimento da Reforma Sanitária – MRS, o qual teve sua constituição e articulação no contexto de luta contra a ditadura (1964-1985), haja vista que a política de saúde até então hegemônica, era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O MRS defendia um posicionamento contra-hegemônico e visava a transformação do sistema de saúde vigente. Sobretudo, “exigia a melhoria das condições de saúde e de vida, considerando a determinação social da saúde/doença para a redução das desigualdades e a democratização do saber, das informações, do conhecimento científico, bem como para a elevação da consciência sanitária (Paim, 2023, p.48).

Em relação ao MRS, o CFESS (2010) aponta que este tinha como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais, dentre elas a política de saúde. Como fundamentos de sua proposta destacava-se: a universalização e melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações.

A proposta principal do referido Movimento pautava-se na defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesse sentido, vale destacar: o conceito ampliado de saúde, o qual é considerado como condições dignas de vida e de trabalho; relevância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em conformidade com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, Municípios e Territórios) na prestação de serviços de saúde, e efetivo financiamento do Estado (Escorel, 1999).

Conforme aponta a autora, um marco importante para este âmbito foi à convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS em 1986, a qual teve como objetivo subsidiar propostas para a reformulação do sistema de saúde vigente, e que posteriormente seria instituído na Constituição Federal – CF de 1988. Buscava-se fazer com que a população participasse da gestão pública, e especialmente do processo democrático, quebrando o silêncio da camada popular fortemente reprimida no governo ditatorial.

O MRS foi o fator determinante na construção da política de saúde no Brasil e para o próprio movimento da Constituinte, contribuindo no Relatório Final da VIII CNS, o qual serviu de embasamento para a aprovação do capítulo acerca da saúde na CF de 1988. É válido afirmar o papel imprescindível do Movimento no que tange a discussão da saúde enquanto direito e dever do Estado, sobretudo, por possibilitar a criação de uma das maiores conquistas dos setores que lutavam por melhores condições de saúde pública no país, a Constituição de 1988.

Silva (1996) destaca o Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987, o qual propõe os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, no intuito de acelerar o processo de reforma sanitária e conter as demandas por prestação de serviços nos estados brasileiros, considerado ainda, como uma etapa intermediária à implantação definitiva do SUS. No entanto, a frágil base financeira do SUDS, junto às irregularidades nas transferências de recursos, bem como a falta de internalização da necessidade de ampliação da concepção de saúde, foram fatores contribuintes para o acirramento das dificuldades à sua implantação.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde passa a ser considerada como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2020, p. 160). Sendo assim, se faz relevante reconhecer o papel dos movimentos sociais, em especial o MRS na construção e consolidação da saúde enquanto direito instituída na CF de 1988.

Nessa direção foi estabelecido pela CF o Sistema Único de Saúde, consolidado por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90. Carvalho (2013, p. 11) traz a essência desse Sistema, apresentando-o como direito do cidadão e dever do Estado, além de seus objetivos de “identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; formular a política pública de saúde [...] diminuir o risco de agravos à saúde; fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas”.

Diante da discussão realizada foi possível compreender alguns eventos marcantes para a constituição da saúde pública brasileira, sendo evidente o grande avanço da saúde enquanto Política Social, a partir da CF de 1988, com a criação do SUS o qual é fruto da luta incessante da sociedade civil e se consagrou como direito do cidadão e dever do Estado. Tem como principal função garantir a saúde pública obedecendo aos seus princípios doutrinários: Universalidade, Equidade, Integralidade, e diretrizes organizativas: Regionalização e Hierarquização; Descentralização e Participação Popular, responsáveis pelo funcionamento da saúde na perspectiva de atender as particularidades do processo saúde-doença da população usuária.

Entretanto, embora seja indiscutível o avanço alcançado pelo SUS no decorrer dos seus 30 anos, torna-se cada vez mais evidente a importância em superar a fragmentação das ações e serviços de saúde. Na atualidade, a área da Saúde enfrenta duros desafios para sua efetividade, sendo necessário a criação de instrumentos jurídicos tais como o Programa de Tratamento Fora de Domicílio, que tem como um de seus principais objetivos regulamentar a saúde sob a ótica da integralidade e universalidade, como será abordado no item seguinte.

3.2 O Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD no contexto do Sistema Único de Saúde: uma estratégia de garantia ao acesso à saúde

A Constituição Federal de 1988, institui a Saúde como um dos direitos essenciais e básicos do indivíduo, cabendo ao Estado a responsabilidade em promover mecanismos para a sua efetividade, independentemente da região onde residem os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, devem ter acesso a todos os recursos de tratamento disponíveis no SUS. Anteriormente, como mencionado, não se tinha essa garantia de acesso à saúde, sendo esta ofertada somente aos trabalhadores contribuintes formais ou àqueles que dispunham de recursos financeiros.

Com a “hierarquização da saúde, estabeleceu-se os níveis de complexidade, visando uma organização do fluxo de atendimento para os níveis de atenção básica, média e alta complexidade em saúde”. Contudo, com o processo de descentralização da saúde, nem todos os municípios dispõem de estrutura para manter todos os serviços previstos pelo SUS (Silva, 2018, p. 10). A maior parte dos municípios brasileiros são pequenos e não tem condições de oferecer, em seus territórios, todos os serviços necessários a um atendimento resolutivo e integral à saúde de seus cidadãos (Brasil, 2021).

Guedes et al. (2020) analisam que um conjunto de ações do Estado no campo da saúde introduziram significativas garantias aos cidadãos, especialmente a partir de mudanças ocorridas na assistência à saúde e com a criação do SUS. Criaram-se programas intencionando atender a população desde a atenção básica aos outros níveis e complexidade.

O SUS foi criado num país com heterogeneidades na extensão e diversidade dos territórios socioeconômicos, com desigualdades regionais, culturais e políticas, e diversidades nas necessidades epidemiológicas, na oferta de serviços e

na disponibilidade de recursos humanos onde, conforme definido pela Constituição de 1988, cada ente federativo tem a responsabilidade de organizá-lo, de forma compartilhada, assegurando assim a integralidade da atenção à saúde (Brasil, 2021, p. 13).

Nessa direção, Machado (2019) explica que, atualmente, para o usuário ter acesso às ações e serviços ofertados pelo SUS visando a recuperação da sua saúde, este percorre o caminho que se inicia na Atenção Primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde – UBS ou pronto atendimento mais próximo de seu domicílio. Após isso, o médico realiza o encaminhamento desse paciente ao especialista e/ou local de tratamento dando início ao direito de ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tais como o atendimento ambulatorial, realização de exames, internação hospitalar e procedimentos para a manutenção da saúde. Segundo as legislações relativas à assistência à saúde, este usuário deve ser atendido de forma digna, em ambientes e em condições consideradas adequadas com a garantia da continuidade do atendimento, podendo ter um acompanhante durante todo o processo de tratamento.

A autora referenciada salienta a importância e necessidade de Estados e Municípios organizarem suas estruturas tendo em vista oferecer aos usuários de saúde um número considerável de serviços na região no qual residem. Todavia, por razões diversas, alguns municípios não dispõem de recursos suficientes, condições técnicas e/ou materiais para prestarem atendimentos considerados de média e alta complexidade na região de residência do usuário, sendo necessário recorrer ao referenciamento deste para outro município ou estado que possua o serviço de saúde necessitado, desde que o local indicado possua o tratamento mais adequado à resolução do problema ou haja condições de cura total ou parcial. De acordo com a autora:

[...] enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente e estiverem esgotados ou ausentes todos os meios existentes na sua região para dar conta do tratamento, o SUS deverá oferecer as condições necessárias para o deslocamento do paciente até outra localidade dentro ou fora do Estado que possua infraestrutura adequada para atender clinicamente às suas demandas (Machado, 2019, p.11).

Nesse sentido, para que a estruturação do SUS torne-se possível é fundamental que ocorra o referenciamento dos usuários nos seus diversos níveis de atenção à saúde. Levando isso em consideração, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, idealizou o Programa de Tratamento Fora de Domicílio – PTFD ou TFD, regido pela Portaria de nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, posteriormente consolidada através da Portaria de nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, por intermédio da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – SAES. Objetiva orientar Estados e Municípios quanto a oferta de benefícios que garantam aos usuários do SUS os subsídios de deslocamento necessários para a realização de tratamento de saúde especializado, de média e alta complexidade eletiva, em outro município/estado com mais de 50 km de distância da cidade em que residem (Brasil, 1999). Sobretudo, intenciona atender as diversas necessidades de saúde, em suas particularidades, buscando garantir os direitos dos usuários.

Segundo a normativa, o TFD disponibiliza serviços como: consultas médicas, tratamento ambulatorial, hospitalar e cirúrgico; transportes aéreo, fluvial e terrestre (disponibilização de passagens de ida e volta) contemplando o usuário e o acompanhante (quando houver indicação e devida justificativa realizada pelo médico assistente), para que o usuário possa deslocar-se até o serviço onde será realizado o tratamento e retornar à cidade de origem; ajuda de custo (diárias) para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Município ou Estado; em casos de óbito do usuário em TFD, as despesas com preparação e traslado do corpo devem ser de responsabilidade da Secretaria Municipal e Estadual de onde ele é oriundo (Brasil, 1999).

A Portaria SAS/MS nº55, em seu Art. 1º, estabelece que “as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de

Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado” (Brasil, 1999, on-line). A normativa, em seu Art. 13, indica que o valor a ser pago para pacientes e acompanhantes para custear as despesas com transporte deve ser calculada tomando como referência “o valor unitário pago a cada 50 km para transporte terrestre e fluvial [equivalente a 27 milhas náuticas] ou 200 milhas para transporte aéreo percorrido”, bem como no Art.14, esclarece que a remuneração relativa ao transporte, terrestre, aéreo e fluvial são individuais referentes ao paciente e ao acompanhante, respeitando a particularidade de cada caso (Brasil, 1999, on-line).

Os valores, que anteriormente serviam de referência ao TFD, foram atualizados pela Portaria nº 2.848, de 06 de novembro de 2007, a qual estabeleceu a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do SUS bem como revogou a tabela de procedimentos do SIA/SUS (Brasil, 2007). Concernente a esses valores, é válido enfatizar que o gestor do Município/Estado pode complementá-lo, conforme a necessidade de cada caso, respeitando o orçamento de cada região. No quadro abaixo, é possível visualizar um compilado desses valores, como segue:

Quadro 1 – Valores a serem pagos a título de Tratamento Fora de Domicílio conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.

Descrição dos valores a serem pagos a título de TFD de acordo com a tabela OPM/SUS	Valor (em R\$)
Unidade de remuneração para transporte aéreo a cada 200 milhas por paciente/acompanhante	181,50
Unidade de remuneração para transporte terrestre a cada 50km de distância por paciente/acompanhante	4,95
Unidade de remuneração para transporte fluvial a cada 50km de distância por paciente/acompanhante	3,70
Ajuda de custo para alimentação de paciente e acompanhante quando não ocorrer pernoite fora do domicílio	16,80
Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente e acompanhante	49,50
Ajuda de custo para alimentação de paciente sem acompanhante quando não ocorrer pernoite fora do domicílio	8,40
Ajuda de custo para diária completa (alimentação e pernoite) de paciente sem acompanhante	24,75

Fonte: Brasil (2007); adaptado pelos autores (2023).

Os valores acima mencionados no quadro, bem como o próprio financiamento do Programa de TFD, fazem parte do teto financeiro da Média e Alta Complexidade – MAC. Estes recursos são repassados do âmbito Federal para os Estados, os quais por sua vez, devem dividir com os seus respectivos Municípios, considerando o instrumento de Programação Pactuada e Integrada – PPI, tendo em vista “incentivar e coordenar a cooperação entre os entes federados na oferta regionalizada dos serviços [...]. O MAC corresponde então, ao repasse destinado à manutenção da oferta dos serviços de média e alta complexidade” (Paiva et al., 2020, p.150).

Assim, o TFD, na concepção de Guedes et al. (2020), refere-se a um direito do cidadão e dever do Estado, em conformidade com a Constituição Federal de 1988 que preconiza o acesso universal e integral aos cuidados em saúde. O programa oferece direito a acompanhante para crianças, adolescentes, pessoas com deficiência, idosos e aqueles que tiverem indicação médica para ter acompanhante devido suas condições de saúde. O acompanhante deve ser pessoa maior de 18 anos e menor de 60 anos de idade, em boas condições de saúde física e mental, devendo ser familiar ou responsável legal do paciente.

Em articulação com os princípios e em conjunto com as diretrizes do SUS, o referido Programa visa minimizar as dificuldades de acesso aos usuários que necessitem de atendimento especializado em outra localidade, fora de seu município de residência, de modo a responder às demandas de cada indivíduo enquanto ser social que deve ter suas necessidades e singularidades respeitadas e atendidas (Calixto, 2023).

Com base na Portaria, os pacientes que precisem se vincular ao TFD são aqueles que realizam tratamento no SUS e necessitem de acompanhamento nos serviços não ofertados em seu território. Portanto, o TFD é concedido, exclusivamente, a

pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS, cuja vinculação deve ser feita pelo médico que acompanha o paciente nas unidades assistenciais ligadas ao SUS no seu território de origem, sendo a sua autorização exercida por comissão nomeada pelo gestor municipal/estadual, a qual poderá solicitar algumas documentações para fins de complementação da análise (Brasil, 1999).

Compreende-se que o acesso ao TFD se dá através de um sistema de regulação, o qual é normatizado pela Política Nacional de Regulação do SUS, tendo como finalidade de organizar e controlar o fluxo de usuários do SUS. A referida Política foi instituída pela Portaria de nº 1.559/2008, em virtude da necessidade de estruturar as ações de regulação, de fortalecer os instrumentos de gestão do SUS e de fortalecer a regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde (Brasil, 2008).

Conforme a regulamentação do TFD, especificamente no Art. 5º da Portaria nº 55/99, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são as responsáveis por definir para onde referenciar o usuário, assim como devem propor as estratégias de gestão do TFD e informar às Comissões Intergestores Bipartite – CIB, ou seja, quais os critérios, rotinas, fluxos e recursos financeiros e médicos que serão destinados para o TFD, devendo ser considerado a realidade de cada região. Após às definições estabelecidas pelos referidos órgãos competentes, a Portaria orienta que a normatização acordada deve ser sistematizada em Manual Estadual de TFD, e ser devidamente aprovada pela CIB, no prazo de 90 dias, a partir da vigência da referida normativa, e encaminhada, posteriormente, ao Departamento de Assistência e Serviços de Saúde/SAS/MS, para fins de conhecimento (Brasil, 1999).

Os critérios para a sua concessão são: laudo médico, exames complementares e solicitação do TFD, sendo que para cada procedimento de alta complexidade são definidos critérios específicos e o atendimento precederá agendamento na unidade de referência. Considerando as informações, Nemer et al. (2020, p.45) pontuam o conceito de integralidade incorporado em diferentes dimensões: a dimensão da integralidade como princípio do SUS que perpassa desde a reorganização dos serviços de saúde, conhecimentos e ações profissionais, relações entre equipes e a rede de serviços, e a formação permanente dos profissionais na saúde. Consiste ainda na “reafirmação do Direito à Saúde, em que o usuário ocupa o lugar de centralidade com participação no projeto terapêutico, o qual requer um desenho coletivo de sistema preparado para ouvir, entender, e, então, atender às demandas e necessidades das pessoas”.

Cabe ressaltar que o SUS é regido por princípios e diretrizes, sendo uma das diretrizes a Regionalização, a qual caracteriza-se como eixo estruturante que organiza a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores. “Constitui uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de Saúde, por meio da organização funcional do SUS, com definição das responsabilidades dos entes federados e dos fluxos de referência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional” (Brasil, 2021, on-line).

Evidencia-se, a relevância do TFD como estratégia de facilitação do acesso dos usuários aos serviços de saúde à luz do princípio da integralidade defendido pelo SUS, sobretudo, como um direito de saúde. No âmbito da Saúde a grande bandeira continua sendo a implementação do Projeto da Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, este por sua vez tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais, dessa forma, identificar os impasses para a efetivação do referido Projeto deve ser uma preocupação central desses profissionais. Diante disso, compreende-se que cabe ao Serviço Social, em ação conjunta com outros segmentos que defendem a efetividade do SUS, construir estratégias que visem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito à saúde, tendo como base norteadora da profissão o Projeto Ético-Político (CFESS, 2010).

3.3 A experiência do assistente social no TFD: entre desafios e possibilidades no atendimento aos pacientes traumatológicos no HRBA em Santarém/PA

Profissão regulamentada por meio da Lei Federal nº 8.662 de 7 de junho de 1993, o Assistente Social pode atuar em diversos espaços ocupacionais, como na Saúde, por exemplo. O CFESS (2010) considera a área da saúde um campo de atuação privilegiado dos Assistentes Sociais, principalmente pela direção social adotada nas últimas décadas e por sua articulação com outros profissionais e movimentos sociais defensores dos mesmos princípios e diretrizes de seu projeto ético-político, a destacar o projeto de Reforma Sanitária e outras iniciativas de mesma natureza. Baseado nisso, pode-se afirmar que os parâmetros norteadores da profissão de serviço social, dentre eles o projeto ético-político, estão intrinsecamente articulados com os princípios defendidos pelo projeto de reforma sanitária, visto que ambos propõem a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos da classe trabalhadora.

No campo da Saúde, o profissional de Serviço Social tem contribuído para identificar as causalidades e fatores que refletem na qualidade de vida da população usuária, na participação do controle social, no planejamento participativo e na educação em saúde. Este profissional tem acesso na sua formação aos instrumentais teórico-metodológico para atuação junto à família, ao grupo ou a comunidade. Destarte, “a experiência acumulada por essa categoria, no esforço de construção das condições de afirmação da cidadania da população excluída, deve ser partilhada com outros profissionais, através da interdisciplinaridade” (Lima et al., 2020, p.4).

Para o CFESS (2010) a área da saúde tem se consolidado como um dos campos de atuação que mais contrata profissionais de Serviço Social, profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho, que tem suas ações baseadas em fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos em determinado momento histórico, além de procedimentos técnico-operativos. Seu projeto ético-político pauta-se na perspectiva de totalidade e tem na questão social a base de sua fundamentação.

O documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social, intitulado “Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, aponta caminhos para nortear a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. De acordo com o documento, os assistentes sociais atuam em quatro grandes eixos, sendo estes: 1) no atendimento direto aos usuários; 2) na mobilização, participação e controle social; 3) na investigação, planejamento e gestão; e 4) na assessoria, qualificação e formação profissional, os quais não devem ser compreendidos de forma isolada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade (Ibid., 2010).

No que tange a atuação do Assistente Social na área da Saúde, em específico na Comissão de Análise e Autorização de Tratamento Fora de Domicílio – TFD, comissão esta que deve ser composta por profissionais de saúde, a exemplo de médicos, enfermeiros e assistentes sociais, o Manual Estadual do Tratamento Fora de Domicílio do Estado do Pará (2019), define algumas competências ao Serviço Social, a seguir identificadas:

- a) Garantir o direito ao usuário do SUS ao TFD, permitindo a sua inclusão, segundo legislações pertinentes em vigência;
- b) Informar, orientar e prestar esclarecimentos sobre o TFD;
- c) Analisar processos;
- d) Realizar visita domiciliar e/ou hospitalar, quando necessário;
- e) Orientar os pacientes e acompanhantes que, no retorno do atendimento, devem apresentar os comprovantes das passagens aéreas, rodoviárias ou fluviais, assim como devolver o processo com registro do atendimento e os agendamentos, se houver necessidade de retorno, para continuidade do tratamento;
- f) Orientar e/ou encaminhar o paciente, quando for o caso, para apoio da rede de serviço de saúde e de assistência social, visando o acesso a outros direitos sociais;
- g) Realizar parecer social, se necessário (Pará, 2019, p.13).

As competências do Assistente Social no TFD contidas no referido Manual, em parte, coadunam-se com o trabalho realizado por esses profissionais no Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna, em Santarém/PA. O HRBA se caracteriza como um hospital de média e alta complexidade que oferta diversos serviços no âmbito do SUS, nas especialidades: oncológica, ortopédica, obstétrica, pediátrica e outros. Atende uma população estimada em mais de 1,1 milhão de usuários residentes do município de Santarém e circunvizinhos, os pacientes em sua maioria são transferidos à unidade por meio do TFD. O Instituto Mais Saúde, Organização Social de Saúde sem fins lucrativos, assumiu a gestão e operacionalização do HRBA desde o dia 1º de dezembro de 2022 (Instituto Mais Saúde, 2023).

Dentre os profissionais que atuam na referida Instituição, está o assistente social, de acordo com Kruger (2010) a saúde torna-se um vasto campo de atuação para os assistentes sociais, com espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais. Como mencionado, uma das principais competências e atribuições do profissional de serviço social é prestar orientações sociais aos indivíduos, bem como democratizar informações de serviços institucionais, fluxos e programas.

Conforme salientado anteriormente, muitos usuários são referenciados através do TFD, logo, esse público por conta da peculiaridade do programa é prioridade no atendimento do assistente social. Entre os pacientes encaminhados via TFD estão os traumato-ortopédicos, os quais apresentam tanto demandas do processo saúde-doença que é a causa da internação (fraturas), bem como demandas sociais (familiares, trabalhistas, socioeconômicas e outros).

Diante das considerações supracitadas, os participantes da pesquisa foram questionados como ocorre os atendimentos do serviço social aos usuários da especialidade citada vinculados a Portaria nº 55/99 e foi possível observar pontos em comum: busca ativa, avaliação social e identificação de demandas.

O profissional ele vai leito a leito fazer uma avaliação social com o paciente e a partir daí as demandas vão surgindo e essas demandas a gente vai fazendo as nossas intervenções, as nossas orientações enquanto profissional de serviço social tanto com o paciente que necessita do esclarecimento sobre as demandas, vamos orientando sobre os direitos dele junto ao município de origem que ele foi referenciado (assistente social 1).

O paciente chega, a gente faz primeiro o acolhimento, verifica as demandas sociais desse paciente, e a partir daí, a gente começa ou a orientar, ou a tentar a resolver as questões deles, no primeiro atendimento né, como a gente pode chamar, é como se fosse uma triagem social, não existe né esse termo, mas é tipo uma “triagem social”, dependendo da necessidade dele, da família, do acompanhante, a gente vai providenciando posteriormente [...] (assistente social 2).

[...] o assistente social faz a busca ativa no leito, faz a avaliação social, aí dentro da avaliação social que ele vai ter essa avaliação das demandas observadas e partir para as orientações sociais. Quando o paciente é de TFD, a gente tem sempre esse olhar, de observar quando ele chega, de onde ele veio, de qual município, já verifica se ele está assegurado pelo programa (assistente social 5).

Pode-se notar através das falas que no primeiro atendimento ao paciente traumato-ortopédico é feita a busca ativa e a identificação das demandas por meio de avaliação social, para posteriormente realizar as orientações e intervenções necessárias. No relato do assistente social 5 se identifica a relevância da observação como um fator primordial, sobre isso, Nogueira e Miotto (2006) afirmam que o profissional de serviço social dispõe de um ângulo particular de observação e interpretação das condições de saúde do usuário, como também uma competência diferenciada para a procedência de suas ações.

Nesse bojo, é importante destacar que a prática do assistente social deve estar ancorada nos princípios do Projeto Ético-Político e Código de Ética Profissional e, nas dimensões norteadoras da profissão, a saber: ético-político, técnico-operativo e teórico-metodológico, para então apreender de forma crítica a realidade que o usuário está inserido, levando em consideração todos os aspectos envolvidos, tais como determinantes sociais, familiares e outros (CFESS, 2010).

Além disso, se identifica nos discursos dos participantes o uso de alguns instrumentais na prática profissional para a materialização de suas ações, conforme Guerra (1995) a instrumentalidade possibilita ao assistente social a objetivação de sua intencionalidade em respostas profissionais, é no contexto do exercício da profissão que são utilizados o acervo de instrumentais para concretização das finalidades. Acerca dessa temática foi indagado aos profissionais sobre o uso dos instrumentais durante seus atendimentos, estes relataram:

[...] a gente vai fazer uma avaliação social dele, pra ver essa vulnerabilidade que ele pode ter ou esse direito que ele tem, a partir daí nós do serviço social encaminhamos esse paciente pras redes para ter acesso a esses direitos sociais, muitas vezes mediante a avaliação médica e laudo médico (assistente social 1).

[...] temos um instrumental de avaliação social pro acompanhamento, o parecer social, livro de ocorrência do serviço social quando é algo que não dá pra gente colocar na evolução, algumas informações mais pessoais, mais privativas do paciente que a gente vai precisar, e a gente não pode compartilhar com o restante da equipe numa evolução, por exemplo, multiprofissional (assistente social 4).

Dentre os instrumentais do Assistente Social, tem avaliação social, que é a entrevista social com o paciente, as orientações, as observações, a escuta qualificada, a escuta ativa, o contato que a gente faz com a rede, os encaminhamentos, se precisar de relatórios sociais também é feito e outros (assistente social 5).

Um dos instrumentais é a avaliação social que a gente faz através da escuta ativa, uma escuta qualificada; a partir dessa escuta que é feita a avaliação social, é que a gente identifica a demanda apresentada pelo paciente; a observação também, no momento que estou fazendo a avaliação, porque essa avaliação é a nossa chave, no momento que eu faço essa avaliação, eu estou usando todas as formas pra que eu possa atuar junto a esse paciente e sanar as dúvidas e as questões sociais que sejam apresentadas (assistente social 6).

Um ponto em comum nas falas acima é o uso da avaliação social, a qual podemos compreendê-la como um fator essencial no primeiro contato com os usuários, a partir desse instrumental o profissional detém informações sobre a dinâmica familiar, financeira, procedência do paciente, se possui trabalho formal, se está amparado por TFD, ademais, os participantes citam outros instrumentais como: escuta, observação, relatórios e pareceres sociais. De acordo com Fernandes (2016) a dimensão técnico-operativa da profissão não pode ser colocada na prática como um agir imediato ou individualizante, mas deve estar em consonância com um aporte teórico que a fundamente e intrinsecamente ligado as demais dimensões que dão base à profissão.

Um aspecto relevante nos discursos dos assistentes sociais 1 e 5 é sobre os encaminhamentos à rede socioassistencial, para efetivação dessa articulação intersetorial torna-se muito importante o conhecimento da funcionalidade da rede na região, bem como das leis, dos programas como TFD e dos serviços, pois, por meio dessa articulação que ocorre a expansão do acesso aos direitos sociais. Tal questão é discutida por CFESS (2010), que para o alcance de uma atuação crítica e competente no âmbito da saúde, o assistente social deve estimular a intersetorialidade.

Outro fator a ser destacado nesse estudo faz referência as características dos serviços prestados, sabe-se que o assistente social atende a diversas demandas no exercício da profissão, diante disso, os participantes foram questionados sobre as principais demandas requisitadas ao profissional de serviço social no atendimento aos pacientes traumato-ortopédicos vinculados ao TFD, estes verbalizaram:

Geralmente, somos solicitados principalmente quando o paciente está de alta e precisa do transporte especializado, só o fato dele ser TFD e está de alta, então já acionam a gente; quando ele precisa ter acesso às casas de apoio, que é o local disponível pro paciente ou acompanhante ficar quando ele não tem pra onde ir; orientações sobre benefícios que eles têm direitos[...] tem os direitos de ambulância, no momento da alta, dependendo da avaliação médica, através de laudo médico (assistente social 1).

A principal, eu acredito que é o transporte. Somos mais acionados quando o paciente necessita de transporte especializado na alta. A dificuldade de acesso, até quando é um transporte particular (carro comum), é um transporte bem caro né. Até por ser direito deles também, quando se trata de pacientes de outros municípios, eu acho que é a demanda em que mais somos acionados na alta do paciente, é quando ele necessita de ambulância (assistente social 2).

[...] o caso do paciente de ortopedia né, que as vezes precisa de um tratamento que não tá disponível aqui dentro da região de Santarém, aí a gente precisa solicitar a transferência dele pra capital do estado, normalmente pra Belém; alguns casos até mesmo pra fora do estado; como a gente já teve paciente aqui que ele precisava de um determinado atendimento que necessitava de banco de ossos, que é o chamado de banco de músculo esquelético, que é quando precisa fazer uma implantação, um enxerto né, no atendimento cirúrgico do paciente; e é preciso que haja esse banco de ossos. Como não há na região do Pará, aí precisa ser disponibilizado para atendimento, precisa ser encaminhado pra fora do estado [...] e aí a gente desempenha esse trabalho de organização do processo de tratamento fora de domicílio pro município que vai receber o paciente; de orientar o paciente de como a transferência vai ocorrer (assistente social 3).

Os pacientes da ortopedia vinculados ao TFD, o assistente social vai tá orientando os direitos sociais e básicos daquele paciente, direitos ao seguro dpvat, os que estão previstos na Portaria 55 do Ministério da Saúde que trata do Programa de TFD e demais orientações, benefícios previdenciários e outros conforme as demandas que ali forem observadas (assistente social 5).

A principal demanda é de acionar o TFD do Município, casa de apoio, ambulância, verificar se precisa de outro suporte que o paciente vai precisar em relação aos municípios que encaminham, os municípios de referências, pra que ele saia daqui com uma alta humanizada e com segurança, e com seus direitos assegurados (assistente social 6).

Nas falas identifica-se o transporte como a principal demanda, uma vez que o usuário traumato-ortopédico devido a fratura, em alguns casos, necessita de transporte para a alta hospitalar e acesso as casas de apoios, a partir dessas constatações, há duas questões a serem problematizadas. A primeira faz referência as atribuições do assistente social na área da saúde, pois segundo os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (CFESS, 2010), não é competência do profissional de serviço social a solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta, uma vez que se caracteriza como uma ação técnico-administrativa.

A segunda, constata-se o não reconhecimento das atribuições e competências do trabalho do assistente social pela instituição empregadora, CFESS (2010) aponta que o referido profissional tem enfrentado dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde e das instituições sobre a prática em face a dinâmica e condições de trabalho impostas pelo capitalismo. Corroborando tal questão, Raichelis (2020) afirma que as atribuições e competências configuram a maneira de ser da profissão e é fundamental o reconhecimento da identidade profissional do serviço social pelos usuários, empregadores e outros.

Ainda a respeito das demandas, podemos evidenciar no relato do assistente social 3, sobre a indisponibilidade de serviços aos pacientes traumato-ortopédicos na região paraense e transferência destes para outro estado. Nota-se que hospital tanto recebe como encaminha os usuários, este procedimento de encaminhamento do HRBA para outra unidade de saúde denomina-se de transferência inter-hospitalar e é realizado por meio de TFD. Desse modo, é possível identificar que a instituição materializa as condicionalidades da Portaria nº55/99 e a integralidade das ações nos serviços de saúde a qual se caracteriza como um princípio do SUS.

O participante 5 traz à discussão pontos de grande relevância no trabalho do serviço social, a democratização de informações e orientações dos direitos do paciente da ortopedia, como o TFD, benefícios previdenciários (auxílio doença) e o Seguro de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de via Terrestre – DPVAT em casos de sinistros no trânsito. Conforme o Código de Ética Profissional, é competência do assistente social “orientar indivíduos e grupos de diferentes

segmentos no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”, como também democratizar as informações e o acesso aos programas (Código de Ética Profissional, 2012, p.45).

Dado essas constatações das principais demandas, é importante mencionar também sobre o nível de conhecimento dos usuários de ortopedia e traumatologia sobre os direitos preconizados no TFD (passagem, casa de apoio, diárias etc), de acordo com a pesquisa, os usuários encaminhados desconhecem tais direitos estabelecidos no programa. Segundo os interlocutores:

A maioria dos pacientes não têm esse esclarecimento do município que ele foi referenciado. Então, a avaliação social, dentre outras finalidades, ela dá subsídios pra gente saber o que realmente o paciente entende sobre a sigla “TFD”, que chama tratamento fora de domicílio, então a gente passa a orientar sobre os direitos deles, eles falam: ‘poxa, o município não esclareceu isso pra mim’, então, nos deparamos muito com essa fala do usuário que ele não conhece os direitos dele referente ao TFD (assistente social 1).

Muitas das vezes o paciente não sabe dos direitos dele sobre o TFD, muitas das vezes ele só tem a compreensão depois que a gente orienta, explica certinho, alguns trazem o TFD em mãos, só que eles não sabem nem o que estão carregando com eles. A gente pergunta, você tem TFD? Eles dizem ‘não, acho que não’, aí você fala deixa eu dar uma olhadinha na documentação que você trouxe. Aí você vai olhar, o processo de TFD está com ele, só que ele não tem conhecimento ainda, pra quê se destina aquele documento (assistente social 3).

Não sabem dos direitos deles. Se de 10 pacientes, eu vou colocar 10 pacientes aqui, se um conhece os seus direitos é muito, praticamente nenhum. A maioria vem sem orientações, a maioria vem com a mesma fala e é uma fala em conjunta, praticamente: ‘procura a assistente social que ela vai te ajudar’; como se nós trabalhássemos em forma de ajuda, de assistencialismo e não com a garantia de direitos; e eu sempre coloco que nós somos seguradores de direito. Então essa dificuldade os nossos usuários têm; é muito raro nós atendermos um usuário, um acompanhante, um paciente que saiba sobre seus direitos, e isso é igual pra todas as especialidades, independentemente de ser ortopedia. Tem pacientes que está com o TFD na mão, mas não sabe nem o que é o TFD (assistente social 6).

Observa-se nas falas dos profissionais a falta de conhecimento dos usuários sobre o TFD e os municípios apenas encaminham o paciente sem orientações concretas da funcionalidade e dos direitos previstos. Forte (2022, p. 3) discute que “[...] o TFD nem sempre é de conhecimento dos usuários do SUS, já que não é amplamente difundido na perspectiva do direito [...]”, ou seja, os indivíduos entendem o programa de maneira fragmentada e não em sua amplitude, tal aspecto impacta diretamente na autonomia e no direito de cidadania no processo saúde-doença. A autora aponta também a não implementação da Portaria nº55/99 em sua totalidade, a qual pode maleficar a continuidade do tratamento dos usuários.

É na órbita dessa realidade que a atuação do assistente social se torna fundamental no âmbito hospitalar, pois está totalmente relacionado à promoção da saúde por meio de orientações de caráter social e institucional com vistas ao repasse de informações referentes aos direitos dos pacientes/usuários, dentre eles o direito aos serviços de saúde preconizados pelo Programa de Tratamento Fora de Domicílio. Sobretudo, esse profissional deve buscar em seu fazer profissional desenvolver um trabalho a qual esteja direcionado a efetivação do que foi estabelecido nos princípios discutidos e preconizados pela Reforma Sanitária, com apoio em seu código de ética e diretrizes que norteiam o exercício profissional na esfera da saúde (Nemer et al., 2020).

Conforme Negreiros et al. (2022) a atuação do assistente social no âmbito hospitalar é permeada de desafios tanto internos quanto externos, uma delas elencada pelos autores é a precariedade nos serviços de saúde, a qual acarreta em barreiras no exercício profissional especificamente para a viabilização dos direitos dos usuários. Essa temática foi levantada nos relatos dos participantes em relação ao TFD, que verbalizaram a dificuldade em trabalhar com os municípios, ausência de diálogos e estrutura para receber os pacientes encaminhados.

Segundo os próprios usuários que são os pacientes que vem desses municípios, alguns, eles citam, que tem uma deficiência, nesse atendimento, como as diárias que são difíceis pra serem liberadas, tem vários municípios que ainda não tem casa de apoio (assistente social 1).

Eu acredito que é a omissão do Município, a gente sabe que tem alguns municípios que trabalham certinho, porque o tfd é um recurso federal que vem pro município geri-lo né, e as vezes o município não utiliza da forma que tem que ser utilizado, casa de apoio, carro de apoio, passagens, e aí o paciente fica desassistido, então, eu acredito que uma das principais dificuldades, é quando o município não trabalha corretamente. Aí a gente vai, liga pro Município, solicita o serviço, porém ele informa que o serviço não tem, que não é custeado, sendo que a gente sabe né, que é um recurso federal e que todo mês vem, o município tem condições, porém não quer fazer. Então o esbarro maior é nessa questão (assistente social 2).

Uma das barreiras, mas com uma intervenção, a gente consegue superar, é justamente esse paciente estar alinhado com o TFD. Sempre, eu peço que o diálogo entre o tfd, a pessoa do representante do TFD e o paciente, seja próximo. Porque, aqui o TFD é o suporte para aquele paciente que está em outra cidade que não é a cidade, né? Então, um diálogo próximo com tfd é fundamental entre o paciente e o tfd (assistente social 4).

[...] barreira que posso destacar é a articulação, capacitação que precisa ser feita com essa rede; a rede não só precisa estar integral/integrada com os pacientes; todas as políticas precisam estar se comunicando entre elas, isso dificulta muito, a ausência do diálogo com a rede e com os municípios, dificulta o nosso trabalho, tanto no acesso ao direito desses pacientes, como nas condicionalidades que são previstos pela portaria. Existe também a ausência no âmbito da assistência à saúde dentro da casa de apoio; muitos pacientes reclamam que não tem o profissional ali, no momento que eles precisam. Outra barreira também é quanto a situação precária das casas de apoio, superlotadas, falta de alimentação, então, isso acaba interferindo no bem estar e saúde dos usuários, o que acaba impactando no nosso trabalho, na nossa forma de garantir a viabilização desses direitos (assistente social 5).

Forte (2022) discute a ausência de uma comunicação efetiva a qual prejudica a execução da Portaria e configura-se como uma barreira, além disso, observa-se nas falas a precarização desse programa no cumprimento e na gestão pelos municípios, resultando na dificuldade de pagamentos das diárias e na carência de oferta de casas de apoio, tais fatores desconstituem as prerrogativas das leis nº8.080/90, 8.142/90 e da própria Portaria normatizadora do TFD. Contudo, esta questão é bem mais ampla, pois emergem das contrarreformas do Estado, que privilegia o capitalismo e deteriora a coisa pública, desconhecendo os direitos sociais conquistados diante de muitas lutas e enfraquecendo a operacionalização das políticas sociais.

A principal dificuldade é a atuação junto ao município, o participante 5 de forma detalhada expõe as dificuldades, a primeira citada é justamente a articulação e/ou comunicação com a rede, o que acarreta nas efetivações das ações profissionais, especificamente do acesso do usuário aos direitos; a segunda faz referência a assistência prestada nas casas de apoio, a inexistência/insuficiência de profissionais para prestar suporte nesse espaço; a terceira é sobre as condições físicas das casas de alguns municípios, as quais são precárias, lotadas e não ofertam os serviços básicos como a alimentação. Todos esses fatores supracitados implicam no processo de tratamento e recuperação de saúde do paciente.

Ainda sobre esse aspecto, o assistente social 2 corrobora “*Eu acho que todos dão suporte, digamos de uns 50%. Eu acho que 100%, praticamente nenhum né, a gente não vê assim aquela totalidade de casa de apoio, carro de apoio, alimentação, ambulância, quando tem uma coisa, não disponibiliza outra [...]*”. A partir dos relatos identifica-se que os municípios não efetivam em sua totalidade o que preconiza a Portaria, como já foi citado anteriormente por Forte (2022), ocasionando em barreiras para o gozo dos direitos plenos dos usuários do SUS.

Perante a todas essas constatações da realidade dos usuários traumato-ortopédicos vinculados ao TFD, os participantes foram questionados sobre sugestões para a melhoria e aperfeiçoamento do TFD e para o trabalho do assistente social no HRBA, constatou-se nas falas o fator de capacitação, reuniões, treinamentos para toda a rede que atua direta ou indiretamente no Programa.

A minha sugestão é a seguinte... eu acredito que se cada município treinasse as pessoas que estão, a gente sabe que quando muda de gestores né sempre muda de profissionais que estão atuando junto ao TFD. Então, a sugestão seria, fazer uma capacitação ou um treinamento com a equipe que entrou, para que ela fique ciente que cada paciente que

vem encaminhado do Município dele, ele tem direitos garantidos pelo TFD: transporte, casa de apoio, diárias, passagens (assistente social 1).

Eu acho, que seriam encontros de educação continuada com relação ao TFD, eu sei que os municípios fazem né, a Sesp faz encontros eu acho que semestral ou anual, só que somente as assistentes sociais que trabalham no TFD são convidadas, por exemplo, as assistentes sociais que trabalham nas upas, nos Municipais e nos Regionais, elas não são convidadas pra gente poder dialogar, contar e mostrar pra eles as nossas dificuldades, porque eles sabendo das nossas dificuldades que a gente passa com os pacientes, talvez eles possam fazer um plano de ação, pra gente, juntos tentar melhorar o serviço. Eu acredito que se eu pudesse dar alguma sugestão, seria isso, uma educação continuada que contemple todos os profissionais da rede do tfd, não somente as colegas que trabalham nas secretarias (assistente social 2).

É a mobilização em rede, as conferências, as nossas mobilizações coletivas, as discussões, os seminários, as palestras, as reuniões com a rede de serviços, as universidades, então é fundamental esse contato, a gente ter esse acesso nesse momento numa conferência, numa palestra, numa reunião, nesse sentido, a gente ter as representantes dos TFD's pra saber também quais as dores que eles tem, que eles manifestam, e a gente enquanto rede tentar sempre estar alinhado, nesse sentido, pra dar o melhor suporte aos nossos pacientes (assistente social 4).

Sim, o acesso, divulgar os direitos do paciente, através até mesmo dos profissionais, uma reunião ampliada entre os profissionais, os municípios e gestão pra poder estar esclarecendo, ter esse diálogo mais próximo do usuário, e chamar o usuário também pra fazer parte desse processo, porque ele é o principal protagonista. Muitas das vezes eles só ficam sabendo quando a gente atende e repassa essas informações pra eles. Eu acho que no Município do paciente, ali na prevenção, lá onde tudo começa, na base, se tivesse esse diálogo, quando o paciente necessitar do programa, ele já devia ter todo esse conhecimento, de como funciona; e os profissionais também, porque a gente percebe que muitas das vezes os profissionais que estão ali, trabalhando dentro do programa, ele não reconhece esses direitos, esses serviços do usuário (assistente social 5).

As capacitações para os profissionais da saúde sobre as condicionalidades do TFD (diárias, passagens, transporte e outros) e com a participação social dos usuários facilitaria os fluxos de encaminhamentos do Programa. De acordo com Almeida et al. (2016) a Educação Permanente em Saúde – EPS são relevantes para os profissionais, pelo fato de os preparem para os desafios do cotidiano, orientando as ações educativas para integração do trabalho de forma inter e multiprofissional, além disso, constrói espaços coletivos para melhoria dos serviços prestados.

Complementando a discussão, Sá et al. (2018) afirmam que EPS proporciona uma leitura crítica das condições de trabalho, relações estabelecidas e das necessidades dos serviços de saúde, se caracteriza como ferramenta importante para a construção de uma competência profissional eficiente, qualificada e humanizada. Por meio da educação permanente pode haver a proximidade dos atores que operacionalizam o TFD e os interlocutores sugerem essa aproximação de toda a rede, tanto para que seja evidenciado as prerrogativas da Portaria, bem como discussões sobre as problemáticas existentes em seu cumprimento, tendo em vista criar estratégias para o aperfeiçoamento do programa.

Desse modo, todos os fatores supracitados são colocados como desafios no trabalho do assistente social no âmbito hospitalar, contudo, o profissional de serviço social deve buscar incessantemente a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas a garantir os direitos civis, sociais e políticos como o Código de Ética Profissional estabelece. E ainda, pautar sua atuação nas premissas da Reforma Sanitária, objetivando prestar atendimentos qualificados e viabilizar o acesso dos usuários aos seus direitos como constitui a Portaria nº55/99. Todavia, se faz necessário que as políticas públicas de saúde, com destaque para a referida Portaria, estejam sendo implementada conforme se preconiza nas legislações vigentes, para que dessa forma, se alcance a plena efetivação dos direitos dos usuários do SUS, e enfim, impacte positivamente no trabalho de profissionais da saúde como o assistente social.

4. Considerações Finais

É importante lembrar que o estudo objetivou conhecer a experiência do Assistente Social no Programa de Tratamento Fora de Domicílio com ênfase no atendimento aos pacientes traumato-ortopédicos no Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna, em Santarém/PA. Desse modo, a pesquisa revelou que tal experiência se materializa em dificuldades e desafios vivenciados rotineiramente na prática desses profissionais no âmbito da Instituição.

Dentre as dificuldades e desafios apontados pelos participantes, destacam-se às demandas requisitadas a estes profissionais, as quais são incompatíveis com as competências e atribuições privativas da profissão ora regulamentadas pela Lei 8.662/1999, a exemplo da solicitação e/ou regulação de ambulância, entendida como uma ação técnico-administrativa, e advinda do não reconhecimento do trabalho do assistente social pela instituição empregadora e pela própria equipe de trabalho, divergindo com o que é estabelecido no Código de Ética do Assistente Social, como a “ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções” (Brasil, 2012, p.26).

Outro desafio elencado pelos participantes se trata da precarização dos serviços de saúde, e de modo particular, do Programa de TFD, pelo descumprimento da legislação e má gestão dos municípios, que se materializa na dificuldade em efetivar o pagamento das diárias (ajuda de custo) aos usuários; na carência da oferta de casas de apoio, precarização da estrutura física destes espaços, os quais deveriam proporcionar o mínimo de acolhimento aos pacientes, a inexistência e/ou insuficiência de profissionais para prestar suporte assistencial aos usuários ali inseridos; além da superlotação e carência das casas de apoio que não ofertam serviços básicos como a alimentação, por exemplo.

As dificuldades de atuação junto aos Municípios de origem dos pacientes, assim como a articulação e/ou comunicação com a rede de serviços, também são mencionadas pelos profissionais. De acordo com as afirmativas, muitos municípios não dão o devido suporte, alegam não disponibilizarem do serviço, o que impacta diretamente no trabalho do assistente social, pois se o município não dispõe do serviço necessitado, torna-se inviável, no momento, o profissional viabilizar o acesso do usuário, e conseqüentemente, a efetivação do direito à saúde.

Além disso, a falta de conhecimento dos usuários traumato-ortopédicos sobre os direitos e serviços preconizados pelo Programa de TFD, torna-se preocupante, sendo necessário a criação de estratégias que promovam o acesso dessas informações aos usuários antes mesmo de serem referenciados para outro Município/Estado, dessa forma, isso facilitaria que o usuário, na condição de sujeito protagonista de sua história, busque a efetivação de seus direitos.

Conforme registrado na fala dos participantes, faz-se relevante a participação destes profissionais, assim como de todos que compõem a rede de serviços em saúde, em reuniões, encontros e/ou conferências para a discussão e debates tendo em vista o aprimoramento dos serviços, fluxos e modo de gerir o referido Programa, bem como a realização de treinamentos e capacitações dos sujeitos que trabalham direta ou indiretamente no TFD, sobretudo, com a participação dos próprios usuários do SUS.

Destarte, considera-se que o estudo em tela possui relevância tanto social quanto acadêmica. Relevância social, pois pretende-se criar discussões entre a gestão pública, bem como servir de subsídio para um possível aperfeiçoamento do Programa de TFD, com destaque para a atualização dos valores contidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, a serem pagos a título de TFD, os quais, conforme a própria Portaria nº55/99, estão suscetíveis a alterações, podendo o gestor local estabelecer outros valores, pois os valores da referida Tabela não condizem com a realidade dos usuários traumato-ortopédicos vinculados ao TFD. Ademais, torna-se importante alicerçar políticas públicas que visem o aprimoramento do TFD e acarretem benefícios tanto aos usuários quanto no trabalho de profissionais da saúde como os Assistentes Sociais, os quais devem fortalecer a categoria frente aos desafios impostos no cotidiano profissional.

E relevância acadêmica, por acreditar que este trabalho fomentará discussões entre pesquisadores e a sociedade em geral, podendo servir de base para futuras pesquisas em saúde, além de dar visibilidade aos fatores que fragilizam a efetividade das políticas públicas de saúde através da experiência de profissionais, sobretudo, instigar e despertar o interesse acerca da temática é essencial para a continuidade do estudo. Desse modo, sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas nesse âmbito e busquem desvendar outros fatores e a realidade vivenciada por pacientes em TFD de outras especialidades no contexto do SUS.

Referências

- Almeida, J. R. S., et al. (2016). Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. *Revista de Abeno*. 16 (2), 7-15.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Brasil. (2012). *Código de Ética Profissional*. Brasília: CFESS.
- Brasil. (2020). *Constituição da República Federativa do Brasil* [recurso eletrônico]. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação.
- Brasil. (2023). Ministério da Saúde. *Regionalização*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/dgip/regionalizacao>
- Brasil. (2021). Ministério da Saúde. *Regionalização se faz regionalizando: fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1999). *Portaria n° 55 de 24 de fevereiro de 1999*. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/pr0055-24-02-1999>
- Brasil. (2007). *Portaria n° 2.848 de 2 de 06 de novembro de 2007*. Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2848_06_11_2007
- Brasil. (2008). *Portaria n° 1.559 de 1° de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- Brasil. (2022). *Portaria de Consolidação n° 1 de 22 de fevereiro de 2022*. Consolidação das normas sobre Atenção Especializada à Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html
- Bravo, M. I. S. (2009). Política de Saúde no Brasil. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. (4a ed.), Cortez.
- Calixto, R. L. (2023). *A Política Social de Tratamento Fora de Domicílio e a garantia de direitos nos cuidados em saúde na assistência à população pobre*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.
- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*. São Paulo, vol.27, n.78, 2013. <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>
- Carvalho, M. S. (2003). A saúde como Direito Social: Fundamentação na Constituição Federal de 1988. *Revista de Direito Sanitário*. vol.4, n.2.
- Conselho Federal de Serviço Social. (2010). *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. CFESS: Brasília, DF.
- Scorel, S. (1999). Revisando o Movimento Sanitário. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Escorsim, S. M., & Rosa, A. R. (2021). Acesso ao Transplante de Medula Óssea por meio do Tratamento Fora do Domicílio (TFD). *Serviço Social em Revista*. 24(2), 547-565.
- Fernandes, O. (2016). *Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário*. Estúdio Texto.
- Forte, A. C., et al. (2022). Programa de Tratamento Fora de Domicílio - TFD: um direito do paciente ou faculdade da Administração Pública? *Brasilian Journal of Development*. Curitiba.
- Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (6a ed.), Atlas.
- Gomes, R. (2014). *Pesquisa qualitativa em saúde*. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.
- Guedes, D. R., et al. (2020). Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma abordagem sobre os desafios e perspectivas dos beneficiários do Município de Macapá. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*. 3(2), 162-170.
- Guerra, Y. (1995). *A instrumentalidade do Serviço Social*. Cortez.
- Hospital Regional do Baixo Amazonas. (2023). Instituto Mais Saúde. <https://www.institutomaisaude.org.br/hrbapa/>
- Kruger, T. R. (2010). Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP. 9(10).

Lima, W. F., et al. (2020). Serviço Social e saúde pública: desafios na atuação do assistente social ao usuário da atenção primária à saúde. *Research, Society and Development*. 9(12), e16491210904.

Machado, E. B. S. (2019). *Tratamento Fora de Domicílio e acesso à saúde: a realidade dos pacientes do Transplante Pulmonar*. Trabalho de Conclusão de Residência. Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Programa Atenção Integral ao paciente adulto cirúrgico. Hospital de Clínica de Porto Alegre.

Nemer, C. R. B., et al. (2020). Programa de Tratamento Fora de Domicílio – TFD: análise à luz da integralidade. *Enferm. Foco*. 11(2), 44-48.

Negreiros, D. A., et al. (2022). Os desafios e perspectivas da atuação profissional de assistentes sociais residentes egressos do Programa de Residência Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no Oeste do Pará. *Research, Society and Development*. 11(15), e316111537261. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37261>

Nogueira, V. M. R., & Mioto, C. T. (2006). Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. *Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*, Campinas, 15 (01),71-82. <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Sistematiza%C3%A7%C3%A3o-Planejamento-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-das-A%C3%A7%C3%B5es-dos-Assistentes.pdf>

Pará. (2019). *Manual Estadual do Tratamento Fora de Domicílio*. Governo do Estado do Pará. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde. Departamento de Regulação de Acesso.

Paim, J. S. (2023). Participação Social em Saúde no Brasil: avanços e retrocessos do SUS 10 anos depois das Jornadas de Junho. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. Brasília, 12 (3).

Paiva, A. B., et al. (2020). Instrumentos Financeiros de Coordenação no SUS. In: *Coordenação e Relações Intergovernamentais nas Políticas Sociais Brasileiras*. Brasília-DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9>

Pires, M. F. C. (1997). O materialismo histórico-dialético e a educação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 1(1), 83-94.

Raichelis, R. (2020). *As atribuições e competências profissionais à luz da “nova” morfologia do trabalho*. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS): Brasília.

Sá, A. C. M., et al. (2018). Contribuições da Educação Permanente para Qualificação da Assistência de Enfermagem em um Hospital Público. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 22(1).

Schechtman, A., et al. (2002). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil* [online]. Fiocruz.

Silva, D. C., & Kruger, T. R. (2018). Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde: o significado no exercício profissional. *Temporalis*. Brasília, (35), 266-288.

Silva, H. M. (1996). *A Política Pública de Saúde no Brasil: Dilemas e Desafios para a Institucionalização do SUS*. Dissertação de Mestrado em Administração Pública. Escola Brasileira de Administração Pública. Rio de Janeiro.

Silva, M. F. P. (2018). *Tratamento Fora de Domicílio: uma análise sobre a efetividade do programa para atenção das pessoas com doenças crônicas em tratamento em um Hospital Universitário*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Paraíba. João Pessoa.