



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

CHAIANE SOUZA CONCEIÇÃO

**TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD): ENTRE O
DIREITO, O BENEFÍCIO E O ARTIFÍCIO**

Salvador

2018

CHAIANE SOUZA CONCEIÇÃO

**TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD): ENTRE O
DIREITO, O BENEFÍCIO E O ARTIFÍCIO**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Me. Geyse Clea Silva de Miranda.

Salvador

2018

CHAIANE SOUZA CONCEIÇÃO

**TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD): ENTRE O DIREITO, O
BENEFÍCIO E O ARTIFÍCIO**

Trabalho de conclusão do curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Banca Examinadora

Prof.^a Me. Geyse Clea Silva de Miranda – Orientadora
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Brasil (2014)

Prof.^a Dra. Jacqueline Samagaia
Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC (1997); e doutora em Geografia pela Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC (2010)

Prof.^a Me. Larissa Daiane Vieira Barros
Doutoranda em Saúde Pública; e Mestre em Saúde Comunitária, área de concentração Política, Planejamento e Gestão, pelo Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA (2012)

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que me emprestaram as suas histórias de vida na corrida pelo direito à saúde, para a construção deste trabalho. Resistência e força. Juntas somos mais fortes!

CONHEÇO A RESIDÊNCIA DA DOR

Conheço a residência da dor.
É um lugar afastado,
Sem vizinhos, sem conversa, quase sem
lágrimas,
Com umas imensas vigílias, diante do céu.

A dor não tem nome,
Não se chama, não atende.
Ela mesma é solidão:
nada mostra, nada pede, não precisa.
Vem quando quer.

O rosto da dor está voltado sobre um
espelho,
Mas não é rosto de corpo,
Nem o seu espelho é do mundo.

Conheço pessoalmente a dor.
A sua residência, longe,
em caminhos inesperados.

Às vezes sento-me à sua porta, na sombra
das suas árvores.
E ouço dizer:
“Quem visse, como vês, a dor, já não sofria”.
E olho para ela, imensamente.
Conheço há muito tempo a dor.
Conheço-a de perto.
Pessoalmente.

(Cecília Meireles)

CONCEIÇÃO, Chaiane Souza. **Tratamento Fora De Domicílio (Tfd): Entre O Direito, O Benefício E O Artifício**. 2018. 58 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

RESUMO

A Constituição da República Federativa do Brasil, como a lei máxima do país, garante a todos os brasileiros o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde como um dever do Estado. Por ocasião da promulgação da Constituição em 1988 foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que visa oferecer a todos os cidadãos brasileiros o acesso integral, universal e gratuito às ações e serviços de saúde. Apesar do SUS estar completando 30 anos, ainda persistem dificuldades na implementação dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, especialmente no que diz respeito a atenção a saúde de média e alta complexidade, o que repercute negativamente para o alcance da integralidade da assistência à saúde, onde o acesso possível mais próximo às ações e serviços de saúde, as vezes está a quilômetros de distância do município de origem do usuário. Entre as várias possibilidades de atendimento na área de saúde, têm-se os benefícios do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), estabelecidos pela Portaria nº 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), constituindo-se em um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças quando não tratáveis no município de origem. Assim, o presente trabalho tem como objeto de estudo: O tratamento fora de domicílio (TFD) e o impacto sobre as famílias dos usuários deste programa, provenientes de diversos municípios da Bahia, em tratamento de saúde na cidade de Salvador. Este trabalho mostra as dificuldades vivenciadas pelos usuários em relação ao TFD, mostrando que este programa demonstra a tentativa de se encobrir as lacunas decorrentes da fragilidade do princípio de regionalização e hierarquização de saúde e o consequente vazio assistencial existentes nas diversas regiões do Brasil, sendo apresentado enquanto um artifício do Estado para contornar a lei, sabendo que este difere e vai contra o previsto pela Constituição, sendo de cunho seletista, não alcança a todos que precisam, não supre as necessidades de deslocamento e permanência dos usuários em tratamento fora dos seus municípios de origem e ainda promove a conformidade com a não municipalização das ações e serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde. Acesso a Saúde. TFD. Tratamento Fora de Domicílio. SUS. Regionalização. Hierarquização.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	O TFD ENTRE AS POSSIBILIDADES DE ACESSO A SAÚDE.....	16
	2.1. ACESSO À SAÚDE.....	16
	2.2. O PROBLEMA DO ACESSO À SAÚDE NA BAHIA.....	21
	2.3. O TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD) ENTRE AS POSSIBILIDADES DE ACESSO À SAÚDE.....	29
3	UMA ANÁLISE DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO. O PROGRAMA ENTRE O DIREITO, O BENEFÍCIO E O ARTIFÍCIO.....	32
	3.1. PERFIL DOS USUÁRIOS DO TFD.....	32
	3.2. EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS DO TFD EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO MUNICÍPIO DE ORIGEM.....	33
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
5	REFERÊNCIAS.....	49
6	APÊNDICE.....	53
	6.2. APÊNDICE A.....	53
	6.3. APÊNDICE B.....	54

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil, como a lei máxima do país, garante a todos os brasileiros o direito ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde como um dever do Estado. Por ocasião da promulgação da Constituição em 1988 foi instituído no país o Sistema Único de Saúde (SUS), que visa oferecer a todos os cidadãos brasileiros o acesso integral, universal e gratuito às ações e serviços de saúde. Esse amplo sistema se constitui como um bem público e representa uma conquista do povo.

A Lei Orgânica de Saúde (8.080/90), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, definiu entre os princípios e diretrizes do SUS: a descentralização político-administrativa do sistema, transferindo o poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal, sobretudo aos municípios, transferindo a estes, entre os seus deveres, o direito e a responsabilidade de controlar os seus recursos financeiros, suas ações e prestação de serviços de saúde, processo conhecido como municipalização da saúde. A descentralização político-administrativa desdobra-se ainda na articulação de forma regionalizada entre as unidades de saúde, para garantir a oferta em ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde.

Assim como, a constituição de uma rede hierarquizada de serviços que ofereçam tecnologias que se complementem em diversos níveis de complexidade, com o objetivo de atender as diversas necessidades dos usuários, possibilitando a distribuição dos benefícios ofertados pela política, de forma a diminuir as desigualdades, promovendo a equidade dos recursos das ações e serviços de saúde conforme as demandas de maiores necessidades pelos usuários.

O princípio do SUS da descentralização, proporciona ainda, a criação de espaços institucionais de participação com poder deliberativo, o que favorece o controle social. Na área da saúde, este acontece por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, que promovem a articulação direta e democrática entre estados, municípios, instituições e organizações da sociedade civil.

O Decreto 7.508/11, ao regulamentar a Lei Orgânica de Saúde, reforça que a regionalização e a hierarquização constituem a organização do SUS, estabelecendo que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde que se

inicia pelas portas de entrada desse sistema se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Desse modo, a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Consoante à legislação supracitada, o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia estabelece a existência de 28 (vinte e oito) regiões de saúde no Estado (BAHIA, 2012), visando contemplar o acesso às ações e serviços de saúde considerando as necessidades territoriais.

Sabemos que a efetivação desses processos acerca da regionalização, hierarquização e municipalização da saúde se trata de um complexo espaço político, com diferentes sujeitos envolvidos, diferentes interesses, muitas vezes conflitantes, e distintos recursos. Porém, esse processo deve ser pensado pela própria natureza de estratégia organizadora, respaldada nas diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), traduzida pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da Federação (LIMA; VIANA, 2011).

Apesar do SUS estar completando 30 anos, ainda persistem dificuldades na implementação dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, especialmente no que diz respeito a atenção a saúde de média e alta complexidade, o que repercute negativamente para o alcance da integralidade da assistência à saúde, onde o acesso possível mais próximo as ações e serviços de saúde, as vezes está a quilômetros de distância do município de origem do usuário. Como exemplo, cita-se as cidades ribeirinhas do Amazonas, que por vezes seus munícipes na busca por ações e serviços de saúde viajam dias e até semanas de transporte fluvial até a capital Manaus (GAMA; FERNANDES; PARENTE; SECOLI, 2018).

Estudo realizado por Viegas e Penna (2013) que objetivou compreender a prática da construção da integralidade em saúde de alguns municípios do Vale de Jequitinhonha em Minas Gerais, concluiu que existem problemas ligados ao acesso e à referência as ações e serviços de saúde nos municípios estudados, o que tem comprometido o princípio da integralidade. Eles demonstram que:

“Entre os entrevistados, é unânime a opinião de que o acesso aos demais níveis de complexidade ainda é insuficiente. Para algumas especialidades e alguns exames, os usuários e os gestores encontram, ainda, forte dificuldade não só no acesso, na oferta de vagas, mas também na distância enfrentada pelos usuários enviados para Belo Horizonte e, também pelos municípios, em estruturar condições de

transporte, apoio e hospedagem, quando necessárias. (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 188)

Garantir o acesso universal, igualdade no atendimento e integralidade na assistência à saúde, conforme preconizado na Constituição Federal, se tornou um desafio para a consolidação do SUS. Essa é uma questão crucial para o sistema de saúde público, visto que tal dificuldade fere a noção de direito à saúde, quando se percebe que há uma restrição da oferta de serviços sobretudo de média e alta complexidade em diferentes regiões do país. Tal questão, remete a necessidade de se ampliar o debate sobre a universalização da atenção, de frente a descontinuidade do acesso nos diversos níveis de complexidade, o que representa o grande nó na consolidação do SUS.

A dificuldade de acesso à atenção hospitalar, ambulatorial especializada e outros serviços de maior complexidade obriga os usuários do SUS a se deslocarem para grandes centros urbanos, visando à continuidade da assistência à saúde. Nessa direção, uma alternativa para possibilitar o deslocamento desses usuários é o Programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD), estabelecido pela Portaria nº 55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, constituindo-se em um instrumento legal que visa garantir, através do SUS, tratamento médico a pacientes portadores de doenças quando não tratáveis no município de origem, através de uma ajuda de custo para o tratamento de saúde dos seus usuários.

Os procedimentos cobertos pelo programa somente são concedidos quando se esgotam todos os meios de tratamento na rede pública ou conveniada ao SUS de um Estado/Município, havendo possibilidade de cura total ou parcial para os seus usuários em outro município ou Estado da Federação, limitados ao período estritamente necessário aos seus tratamentos de acordo com o § 1º do art. 1º da Portaria SAS / MS nº 055/1999.

O programa visa oferecer: tratamento ambulatorial, hospitalar e cirúrgico; fornecimento de passagens e transporte para deslocamento dos usuários na saída dos seus municípios de residência e retorno a esses; e ajuda de custo para alimentação e hospedagem do paciente e acompanhante no local onde será realizado o seu tratamento. Dessa forma, o TFD se caracteriza com uma alternativa de acesso na perspectiva de cumprir os princípios de integralidade e universalidade da saúde, devido a falha nos princípios de equidade, hierarquização e regionalização da saúde.

No decorrer do processo de estágio supervisionado em Serviço Social realizado em um Hospital sem fins lucrativos, de caráter filantrópico e conveniado ao SUS localizado no município de Salvador, foi observada a situação dos usuários do TFD e as dificuldades encontradas por estes durante o tratamento de saúde longe de suas casas. Pôde ser percebido, neste espaço, a dificuldade do acesso ao tratamento adequado para o atendimento das necessidades de saúde, em diversos municípios da Bahia, e, também os obstáculos relacionados a continuidade deste tratamento, para os usuários do programa em Salvador, quando estes necessitam percorrer grandes distâncias para terem atendidas as suas necessidades de saúde.

A vivência no estágio proporcionou presenciar os problemas que esses usuários passam para conseguir a liberação do recurso pela própria burocracia de acesso ao benefício. Os usuários do programa também apresentaram uma série de reclamações em relação à hospedagem, alimentação e ao transporte que são disponibilizados pelos seus municípios. Foi nesta direção, que surgiu a inquietação de estudar mais sobre o programa e sobre a realidade dos usuários em tratamento fora dos seus municípios de origem.

Uma das alternativas para dar suporte às famílias em tratamento fora do domicílio e minimizar transtornos e sofrimento causados pelo deslocamento e permanência nas cidades onde vão realizar tratamento de saúde, são as casas de apoio. Esses espaços, que podem ser públicos ou filantrópicos visam hospedar temporariamente usuários e/ou familiares que estão em tratamento fora do municípios de origem fornecendo-lhes abrigo, alimentação e outros recursos necessários durante a permanência longe de suas residências.

Neste contexto, a sociedade Civil é vista cada vez mais fazendo o papel do Estado e dando respostas a classe trabalhadora, como foi notado a partir da experiência de estágio, com o expressivo número de casas de apoio de terceiro setor que se dispõem a receber os “peregrinos” do tratamento de saúde fora de domicílio, geralmente essas casas possuem uma melhor infraestrutura e alimentação comparada as casas de apoio geridas pelo recurso TFD do Estado, onde os próprios usuários reclamam das condições básicas e alimentação das casas de apoio dos seus municípios. Desta forma, essas casas filantrópicas acabam por atrair mais os usuários que vem do interior da Bahia para realizar tratamento de saúde em Salvador. Como um suporte também realizado por ações do terceiro setor, existem as instituições de apoio às crianças com câncer, que possuem um

trabalho de assistência psicossocial, médica e financeira voltado para crianças e adolescentes oriundas da classe trabalhadora empobrecida. Percebemos portanto que,

“a gênese de organizações não governamentais (ONGs), de instituições filantrópicas sem fins lucrativos, são demonstrações do sistema de acumulação capitalista, expressões do projeto neoliberal, em que a sociedade civil passa a substituir o Estado em atribuições que deveriam ser de sua responsabilidade.” (MELO; SAMPAIO, 2013, p.116).

O que se tem observado, no entanto, na conjuntura atual é a forte influência do ideário neoliberal. Essa corrente de pensamento político sustenta a tese na qual o mercado é o principal e insubstituível mecanismo de regulação social, com uma enfática defesa do Estado mínimo. Netto afirma (1996, p.100) que “[...] a desqualificação do Estado tem sido, como se sabe, a pedra-de-toque do privatismo da ideologia neoliberal: a defesa do ‘Estado Mínimo’ pretende fundamentalmente o ‘Estado Máximo’ para o Capital”. O que implica na priorização do Estado aos investimentos do Capital e um desmonte das políticas públicas com um falso apelo à sociedade civil, estimulando as práticas de filantropia. Tal situação, pode ser percebida através dos consequentes rebatimentos do ideário neoliberal à política de saúde, onde se é visto que

“A saúde pública padece da falta de recursos, o que se evidencia nas longas filas, na demora para prestação dos atendimentos, na falta de medicamentos e na redução de leitos. Há uma forte tendência de restringir a saúde pública universal em um pacote de “cesta básica” para a população pobre, conforme vem apontando os jornais.” (BEHRING; BOSCHETTI, 2007, p.161)

Diante deste contexto, Santos e Campos (2015) argumentam, que somente as leis não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado Brasileiro (CAMPOS; SANTOS, 2015). Portanto, pensar e refletir sobre o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) enquanto uma estratégia de acesso as ações e serviços de saúde de média e alta complexidade, torna-se então um desafio, pois implica em pensar a saúde como direito, refletir acerca das condições históricas sob as quais a saúde pública se ampliou no Brasil, considerando o processo de descentralização, regionalização e hierarquização da saúde - em seus aspectos políticos, sociais e territoriais - e pensar quem são e por que essas pessoas procuram e passam a depender desse programa; por que esse recurso foi criado e qual a realidade dessas pessoas quando em tratamento fora de seus domicílios.

Assim, o presente trabalho tem como objeto de estudo: O tratamento fora de domicílio (TFD) e o impacto sobre as famílias dos usuários deste programa, provenientes de diversos municípios da Bahia, em tratamento de saúde na cidade de Salvador.

O estudo pressupõe pensar em como o Estado tem tratado a questão da saúde, sobretudo com relação a descentralização visando à integralidade da assistência à saúde. Neste contexto, surgem questões como: de que forma o estado tem intervindo na questão do tratamento de saúde fora de domicílio? Qual a realidade dos usuários do TFD, quando em tratamento distante de suas casas? Como os processos de regionalização, hierarquização e municipalização da saúde na Bahia têm sido tratados?

Compreender, refletir e problematizar o TFD como uma das formas de estratégia do Estado para dar resposta aos problemas de dificuldade ao acesso à saúde nos municípios brasileiros, se constitui um aspecto relevante para discussão do acesso à saúde na Bahia. Foi percebido na vivência de estágio que o programa não tem sido efetivamente divulgado e muitos usuários demonstram não saber o que é e nem que tem direito a este, situação que pode ser demonstrada quando por diversas vezes o usuário chega do interior ao hospital através de recursos próprios. O tema é pouco falado e pesquisado, com escasso material publicado sobre a questão e pouco assunto sobre o impacto desse programa aos seus usuários, o que interessa sobremaneira ao Serviço Social, dado às inúmeras expressões da questão social que desencadeia o processo de adoecimento e de dificuldade de acesso à saúde.

Busca-se desta forma, através dessa discussão, fortalecer a luta pela Reforma Sanitária Brasileira, contribuir com a compreensão das situações vivenciadas pelos usuários, embasado pelo direcionamento ético-político de poder vir a favorecer a luta da sociedade a favor da equidade e justiça social, estudando e mostrando a realidade, através da perspectiva dos próprios usuários, quando em tratamento de saúde distantes de suas casas. Lembramos que estas lutas vão ao encontro de um princípio fundamental da profissão, respaldado pelo Código de Ética do/da Assistente Social (1993), no qual tem-se a defesa intransigente dos direitos humanos com vista à garantia dos direitos sociais, civis e políticos, visando à construção de uma nova ordem societária mais igualitária e sem exploração de classe, etnia e gênero. Esta perspectiva difere da atual sociedade que vivenciamos,

onde as pessoas cada vez mais vem perdendo os direitos historicamente conquistados, se deparando com a precariedade das políticas públicas, no atendimento de suas necessidades, entre elas, a política de saúde.

O objetivo geral deste trabalho é evidenciar a realidade dos usuários do TFD, provenientes de diversos municípios da Bahia, quando em tratamento de saúde na cidade de Salvador. Entre os objetivos específicos propostos, será buscado: caracterizar o perfil dos usuários do TFD; compreender o tratamento de saúde fora do município de residência de origem, pela perspectiva dos usuários do TFD, e, problematizar o TFD como um dos meios que propiciam o direito à saúde.

Como o trabalho visa estudar a realidade dos usuários do programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD), provenientes de diversos municípios da Bahia, foi buscado oportunizar que os próprios usuários falassem sobre a visão e vinculação deles a este programa. Através dos dados coletados, pretendeu-se analisar os impactos do programa à vida deles e dos seus familiares, no período em que eles se encontram em tratamento de saúde fora de seus domicílios. Para realização da pesquisa, foram utilizados dados teóricos e empíricos.

A utilização dos dados teóricos foi o que deu subsídios para a compreensão necessária sobre os dados coletados na pesquisa. Para isso foram escolhidos textos relevantes para o tema proposto, produções científicas a partir de bibliotecas virtuais de acesso livre, a exemplo do Scielo e Portal de Periódicos Capes, sendo realizadas pesquisas bibliográficas que abordam sobre a política de saúde, sobre a regionalização e municipalização dos serviços de saúde, sobre a descentralização da saúde, sobre o TFD e sobre a atuação do Serviço Social a partir do sistema único de saúde (SUS).

Os dados empíricos foram coletados a partir da própria realidade dos usuários, por meio de 05 (cinco) entrevistas semiestruturadas realizadas com usuários hospedados em uma casa de apoio, de terceiro setor. Esse espaço foi escolhido por receber usuários de diversos municípios da Bahia, em tratamento de saúde em Salvador. O critério de escolha determinou que os entrevistados fossem beneficiários do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) ou estivessem acompanhando alguém em tratamento. Para cumprimento de tal objetivo, foram escolhidos entrevistados aleatoriamente que fossem de diferentes municípios do Estado da Bahia e que se disponibilizassem para a entrevista. Foram utilizados também os

registros constantes no diário de campo elaborado durante o período de estágio da pesquisadora, coletados no período de maio de 2017 a julho de 2018.

Sobre as vantagens da técnica de entrevista estão à existência de um roteiro norteador que abarque os objetivos da pesquisa. Segundo Manzini (1990/1991), a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto, sobre o qual se elabora um roteiro de perguntas, a serem complementadas por questões inerentes ao momento da entrevista. Segundo o autor, esse tipo de entrevista possibilita informações de uma forma livre, não condicionada a um padrão de alternativas (MANZINI, 1990/1991. p. 154). Nesta direção foi construído um roteiro estruturado e organizado entre perguntas relativas ao perfil dos usuários e acompanhantes do programa TFD, e, a experiência destes em relação ao programa e ao tratamento de saúde fora do município de origem.

A metodologia utilizada nesta pesquisa, portanto, será a pesquisa qualitativa sabendo que,

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p.21)”

Quanto aos fins da pesquisa, esta consiste em uma pesquisa exploratória, visto que o TFD é pouco problematizado e há poucos estudos sobre o tema e sobre os seus impactos aos usuários que deles necessitam. Segundo Gil (1999), a pesquisa exploratória consiste em:

“[...]proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. (GIL, 1999, p.43)”

Para cumprimento de seus objetivos, este trabalho está estruturado em quatro capítulos, sendo o primeiro constituído desta introdução. No segundo capítulo, será realizada uma reflexão sobre o acesso a Saúde no Brasil, refletido também sobre os princípios que regem a organização do SUS, destacando-se o princípio da regionalização, municipalização e hierarquização, sobretudo no Estado da Bahia, bem como o programa responsável pela ordenação do fluxo assistencial regionalizado, que é o Tratamento Fora de Domicílio (TFD). No terceiro capítulo será trazido a análise, segundo os objetivos propostos, mostrando a realidade

enfrentada pelos usuários do programa, em tratamento de saúde na cidade de salvador. O quarto capítulo trará as considerações finais de todo o processo, debatendo o programa TFD, enquanto um artifício do Estado de contornar a lei indo de contra o previsto pela constituição.

2 O TFD ENTRE AS POSSIBILIDADES DE ACESSO A SAÚDE

Neste capítulo, será realizada uma reflexão sobre o acesso a Saúde no Brasil, analisando, inicialmente, os aspectos históricos e as mudanças que envolveram as ações voltadas à saúde, desde inícios do século XX até os dias atuais. Será refletido também sobre os princípios que regem a organização do SUS, destacando-se o princípio da regionalização, municipalização e hierarquização, sobretudo no Estado da Bahia, bem como o programa responsável pela ordenação do fluxo assistencial regionalizado, que é o Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

2.1. ACESSO A SAÚDE

No Brasil, foi a partir das lutas por melhores condições de vida e trabalho que o Estado começou a pensar na questão da saúde. No início do século XX, esta passou a ser assumida pelo Estado, de forma pontual e fragmentada, ligada aos interesses econômicos das elites em manter o trabalhador sadio para a manutenção da produção, como um processo necessário a industrialização no país. Além disso, a condição sanitária das cidades prejudicava a economia. A intervenção do Estado, no período citado, esteve centrada em ações pontuais e voltadas para doenças específicas, dentro da saúde pública, com ênfase em campanhas sanitárias. Além disso, a partir da década de 1920, o Estado direciona sua intervenção para a medicina previdenciária voltada aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. Paralelo a isso, para aqueles que estavam fora do mercado de trabalho restava o sistema de saúde privado e os serviços filantrópicos. Nesta direção, as medidas tomadas não deram conta da questão da saúde no país, enquanto direito universal.

Sem desmerecer as lutas anteriores, foi a partir da década de 1970 que foram sendo adquiridas mudanças significativas para a política de saúde (COSTA, 2007). “O contexto da década de 1970, tensionado pela ditadura militar e desfavorável à participação social, paradoxalmente impulsionou o surgimento de movimentos sociais e das lutas por eles travadas.” (COSTA, 2007, p. 86)

Entre as lutas pela democratização da saúde, em plena época de ditadura, destaca-se o Movimento pela Reforma Sanitária, que buscava entre as suas

reivindicações, mudanças e transformações, sobretudo na área da saúde. O conceito de saúde sustentado pelo debate desse movimento considerava que,

“Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema, político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo.” (AROUCA apud KRÜGER, 2010, p. 128)

A elaboração da política nacional de saúde, dentro do período de 1974 a 1979, sobretudo através da emergência do movimento sanitário, esteve permeada: pela tensão entre a necessidade de ampliação dos serviços, pelos recursos financeiros disponíveis e pelos interesses advindos dos setores estatal e empresarial médico (BRAVO, 1996). Esse período esteve fortemente marcado pelas precárias condições de saúde e pela mercantilização do setor.

O então sistema de saúde do período foi incapaz de atender o grande contingente populacional, que sem estar inserido em trabalhos formais e contribuindo para a previdência, ficavam excluídos do sistema de saúde e dependiam da filantropia. Foi frente a essas condições que começaram a serem levantados movimentos sociais que reuniam estudantes, docentes, pesquisadores, sindicatos e profissionais da saúde que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, que fazia uma crítica ao sistema de assistência médico-hospitalar e propunha a democratização da Política de Saúde. Através dessa Conferência foi resultada: a reformulação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, e a dimensão do direito a saúde como dever do Estado.

Era buscado através do Movimento pela Reforma Sanitária, o reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença, reconhecendo a inserção da sociedade brasileira em um contexto social representado por se constituir como uma sociedade de classes. Vale ressaltar que a Reforma Sanitária buscava mudanças não apenas na área da saúde e que não se restringia ao SUS. Paim (2012) cita Arouca (1988) e argumenta que a Reforma Sanitária Brasileira propunha uma totalidade de mudanças, nas dimensões específica, institucional, ideológica e nas relações. A dimensão específica, diz respeito à dinâmica de como o processo

saúde/doença interfere e se expressa entre a população. Isso pode ser percebido, através dos indicadores de saúde da população, a exemplo daqueles referentes à mortalidade infantil entre outros. A dimensão institucional, diz respeito propriamente ao sistema do setor saúde. Seja através da formação dos recursos humanos para o setor, como pelas instituições que atuam no setor (sejam elas públicas, privadas ou beneficentes) e a produção de mercadorias e equipamentos. A dimensão ideológica refere-se aos valores, juízos, preconceitos que conformam a expressão simbólica e histórica de uma determinada situação sanitária. E a dimensão das relações envolve a organização social e produtiva de uma determinada sociedade que determinam possibilidades e situações de risco ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988 apud PAIM, 2012).

No que se refere à política de saúde, as propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, que foi oficializado com a Constituição, em seu art. 196:

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

A partir da Constituição Federal, promulgada em 1988, as necessidades de saúde passaram a ser compreendidas e definidas como produto das relações sociais estando correlacionadas aos meios físicos, sociais e culturais. Entre os diversos fatores determinantes das condições de saúde, incluem-se: os condicionantes biológicos, físicos e socioeconômicos e culturais. Os biológicos são aqueles referentes à idade, sexo, característica herdada por genética, entre outros. Entre os condicionantes físicos estão os referentes a condições geográficas, condições de habitação, disponibilidade e qualidade de alimentação dentre outros. Os meios socioeconômicos e culturais são os referentes à renda, acesso à educação formal, lazer, possibilidade de acesso a serviços, níveis de ocupação e outros (MOTA *et al*, 2007, p.229).

Impulsionado pelo princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado. Krüger (2010) reconhece a importância histórica e sócio-política do SUS. A política social referida, segundo a autora, é o caminho para onde os profissionais que caminham na defesa

do direito à saúde (reconhecido na Constituição Federal), recorrem. A autora afirma que,

“Podemos afirmar que o SUS representa a maior e mais abrangente política social nestes 500 anos de história do Brasil, e por isto mesmo precisa ser fortalecido, mas as respostas profissionais que caminham na defesa do direito a saúde e o direito à vida, tem no SUS um aliado estratégico, assim como os demais direitos reconhecidos em 1988.” (KRÜGER, 2010, p.125)

A regulamentação da criação do SUS foi estabelecida através da Lei Orgânica da Saúde/SUS 8080 (1990) e da Lei 8.142/90, que dispõe sobre as condições para a organização e o funcionamento do SUS.

A Lei 8080/90 estabelece os princípios do SUS, dentre os quais destaca-se a *universalidade*, que aponta que todas as pessoas têm direito ao acesso as ações e serviços de saúde, como um direito relacionado a cidadania, sendo dever do Estado prover os meios e recursos para o atendimento das necessidades de saúde da população. Desta forma, é necessário que haja uma extensão da cobertura de bens e serviços relacionados à saúde, de modo, que venham a se tornar acessíveis a toda a população.

Também é um dos princípios do SUS, a *integralidade*, que trata do conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

A *descentralização* político administrativa, também um princípio trazido na Lei 8080/90, através da municipalização e da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, tem o propósito de redistribuir as responsabilidades das ações e serviços de saúde, entre os vários níveis de governo, conferindo ao município a responsabilidade sobre a saúde.

A *resolubilidade* é o princípio do SUS que trata da capacidade que deve ter um serviço de saúde para solucionar os problemas e as necessidades de saúde em todos os níveis da assistência, nos âmbitos da promoção, proteção e recuperação da saúde.

A legislação define também, que a *participação complementar* dos serviços privados, deve ocorrer quando houver insuficiência dos serviços do setor público para garantir a cobertura assistencial necessária à população, podendo ser determinada a contratação de serviços privados, sendo formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, as normas de direito público. Neste sentido a lei

coloca as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos como preferenciais na participação complementar do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei 8080/90, trata ainda da organização, direção e gestão do SUS. Define, então, que as ações e os serviços de saúde do SUS serão organizados, de forma *regionalizada e hierarquizada*, em níveis de complexidade crescente, de modo a contemplar tanto os âmbitos da promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim sendo, o sistema de saúde deve ser desenhado de modo a conferir atenção pública de saúde nos diferentes níveis de atenção. Para cumprimento deste princípio, a assistência a saúde está dividida em três níveis: Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade.

O primeiro nível, considerado também como atenção primária, compreende as ações básicas de promoção da saúde, tratamento e reabilitação através de ações educativas que possam intervir no processo saúde/doença. Essas ações são dirigidas à população ou a grupos específicos na prevenção de agravos. Diante disso, esse nível é considerado como a “porta de entrada” do sistema de saúde, visando sobretudo atender a saúde da família.

O segundo nível, também chamado de atenção secundária, consiste na organização dos serviços de atenção ambulatorial, urgência e emergência e reabilitação. Correspondendo aos laboratórios, as policlínicas e os ambulatórios.

O terceiro nível, também nomeado de atenção terciária, visa realizar atendimentos que demandam profissionais especializados e tecnologias de saúde de alto custo. Dentro deste nível está compreendido os hospitais universitários, os hemocentros e os hospitais especializados.

O Decreto 7.508/2011 ao regulamentar a lei orgânica da saúde corrobora esse entendimento ao instituir as redes de atenção à saúde enquanto responsáveis pela integralidade da assistência à saúde.

A descentralização da gestão do SUS é um princípio organizativo que foi assumido na legislação, como uma diretriz estratégica para a organização do sistema e implica na transferência de poder de decisão sobre a política do nível federal para os Estados e municípios. Essa transferência ocorre com relação à condução político administrativa do sistema, em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), a partir da redefinição de funções e responsabilidades de cada nível do governo, sobretudo através da transferência de recursos financeiros,

humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais (TEIXEIRA, 2011).

O que está sendo nomeado de acesso é o que Barcelos (2016), defende enquanto o objetivo e/ou fim do princípio da integralidade, atrelado a luta da reforma sanitária e conforme inserido no texto constitucional, como uma forma de garantir atenção à saúde como direito de todos os cidadãos (BARCELOS, 2016). De forma geral, o termo relaciona-se a utilização dos serviços de saúde pelos usuários que deles necessitem. A acessibilidade é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde, que torna possível que as pessoas cheguem aos serviços, sendo o acesso a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

Deste modo, esta política necessita ser realizada por meio de um sistema organizado, descentralizado e regionalizado de forma a assegurar a cobertura e a qualidade necessárias ao acesso às ações e serviços de saúde para toda a população do país. Embora a legislação desenhe a oferta de serviços em rede, ainda persistem problemas em relação a sua efetividade, representando um desafio no campo do acesso ao direito à saúde, o qual não se realiza da mesma forma em todos os lugares, devido às diferentes heranças territoriais e heterogeneidades presentes no Brasil. Principalmente no que diz respeito ao acesso das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade, fazendo com que os usuários do SUS, tenham que se deslocar por grandes distâncias para dar continuidade à assistência à saúde longe de seus municípios.

Travassos, Oliveira e Viacava (2006), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o padrão das desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde entre 1988 e 2003. O estudo evidenciou que o acesso aos serviços de saúde no Brasil é fortemente influenciado, tanto pela condição social das pessoas, quanto pelo local em que estas residem. Demonstrou também que o local de residência afeta o acesso à saúde, que melhora de acordo com o grau de desenvolvimento socioeconômico da região. Entre o período estudado, os autores mostraram que houve um aumento do acesso à saúde entre os residentes das regiões Norte e Nordeste, Sudeste e Sul, contudo, a melhora observada foi maior nas regiões mais desenvolvidas.

2.2. O PROBLEMA DO ACESSO À SAÚDE NA BAHIA

O SUS foi pensado para dar resposta à pluralidade das necessidades de saúde dos brasileiros. O sistema representa a configuração estruturadora do direito constitucional da Saúde como um direito inerente a todos os brasileiros, seja por nascimento ou naturalização, sendo dever do estado promover e assegurar a assistência à saúde (BARBIANI; JUNGES; NORA; ASQUIDAMINI, 2014).

Apesar da implantação do SUS e da emergência dos princípios da política pública de saúde, estabelecidos pela Lei 8080/90, ainda persistem as dificuldades no acesso a saúde dos brasileiros.

Poucos estudos foram encontrados sobre a iniquidade na oferta e no acesso às ações e serviços de saúde no Estado da Bahia e seu rebatimento aos usuários da política pública de saúde. Esse tema ainda tem sido pouco debatido pelos autores e é importante, visto que, tais dificuldades ainda persistem especialmente nos municípios de pequeno porte, situação que obriga os munícipes a se deslocarem para outras cidades em busca de tratamento de saúde.

Cunha e Vieira (2010) realizaram um estudo de caso em cinco municípios do Estado da Bahia com o objetivo de analisar o princípio do SUS de descentralização da gestão e revelaram que em todos os municípios analisados houve ampliação da cobertura assistencial, entretanto, foram observadas barreiras no acesso às ações e serviços de saúde tanto na atenção básica quanto na alta e média complexidade (CUNHA; VIEIRA, 2010).

Salvador recebe várias pessoas que fazem tratamento de saúde fora do município de residência. Santos e Assis (2017), explicam esse fenômeno de atração de usuários aos serviços de saúde em Salvador argumentando que,

“Entre os desafios postos, destaca-se que a concentração de tecnologia de alta densidade no município de Salvador converge na atração de usuários de todas as regiões do estado em busca de procedimentos especializados, além de apoio diagnóstico e terapêutico, pois, nas demais regiões, há uma predominância de estabelecimentos de atenção primária e de unidades com internação hospitalar de pequeno porte (com capacidade restrita para resolver problemas que necessitam de procedimentos e terapias que envolvam tecnologias mais adensadas). Um grande desafio na gestão estadual é conformar uma rede de serviços de saúde que “supere os grandes vazios assistenciais, observando a economia de escala e de escopo, qualidade e integralidade da assistência” (BAHIA, 2009, p.22).” (SANTOS; ASSIS, 2017, p.412)

O fenômeno de atração de usuários aos serviços de saúde de Salvador se justifica pela concentração de tecnologias de saúde existentes na capital baiana. Isso demonstra que as tecnologias de saúde no processo histórico, político e institucional da política de saúde, foram sendo distribuídas desigualmente entre as regiões existentes no país. Segundo dados da Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab), no ano de 2018, a Rede Sesab conta com 54 unidades de saúde, distribuídas entre os 417 municípios do Estado. Entre os hospitais estaduais existentes responsáveis pela oferta de atendimento de média e alta complexidade, ou seja, assistência envolvendo ações como diagnóstico, tratamento clínico e tratamento cirúrgico, reabilitação, acompanhamento pré e pós-operatório e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), 13 destes se encontram na capital e 25 destes se encontram distribuídos entre os outros 416 municípios do interior da Bahia (BAHIA, 2018).

Diante deste cenário de desigualdade de acesso às ações e serviços de saúde, sobretudo na atenção de média e alta complexidade, como uma possível forma de ampliar o acesso às ações e serviços de saúde, sobretudo, das regiões não detentoras de tecnologias e serviços de saúde, visando o reordenamento do sistema de saúde brasileiro tem-se a estratégia de regionalização.

“A regionalização na saúde, no Brasil, é uma estratégia organizativa respaldada nas diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que se traduz pela necessidade de formar redes de atenção à saúde nos diversos espaços geográficos da federação (LIMA; VIANA, 2011). Trata-se, portanto, de um complexo processo político (ÁQUILAS et al., 2015), pois envolve diferentes sujeitos sociais com interesses, muitas vezes, conflitantes, com graus variados de governabilidade e distintos recursos (simbólico, técnico ou financeiro). Assim, para além do espaço físico-geográfico, os dirigentes sanitários necessitam pactuar estratégias para uma governança regional (SANTOS; GIOVANELLA, 2014), de modo a responder às inúmeras necessidades de saúde individuais e coletivas da população, num determinado território, por meio de planejamento integrado, gestão colegiada e financiamento solidário em uma rede assistencial para produção do cuidado.” (SANTOS; ASSIS, 2017, p.402)

O processo de regionalização da saúde deve ser pensado por ser uma estratégia organizativa respaldada pelas diretrizes constitucionais do SUS. Segundo os autores citados acima, esse processo deve ser considerado para além do espaço-físico geográfico, se pensando em uma governança regional, visando atender não só as necessidades de saúde individuais, mas também coletivas de uma determinada população. Na regionalização são formadas redes de atenção à

saúde, que integram as ações e serviços existentes em diferentes municípios, em uma denominada região de saúde, visando à integralidade da assistência e a universalidade do acesso aos serviços de saúde.

Pensar na regionalização da saúde na Bahia se constitui um aspecto importante. Por ser o Brasil, um país, onde pelo seu próprio sistema econômico capitalista é mais importante atender aos interesses do mercado do que atender aos direitos sociais, pensar em um bom acesso a saúde para cada município do Bahia, se constitui uma tarefa quase utópica. Portanto, criar estratégias de pactuação entre os municípios, para que juntos possam pensar e criar estratégias para resolver os problemas de saúde regionais, constitui-se uma tarefa imediata. Para que, desta forma, através das ações e serviços de atendimento a saúde que um município possua, outras localidades próximas a ele sejam contempladas, caso necessitem desses serviços.

Para atender as demandas de atendimentos médicos especializados dos seus habitantes, as administrações públicas municipais desenvolvem ações que facilitem o acesso aos atendimentos médicos especializados em outros municípios, através das secretarias municipais de saúde (SMS), para que sejam cumpridos os princípios básicos do SUS, preconizados pela constituição, tais como universalidade, integralidade e equidade na prestação de serviços (FOGAÇA, 2014).

Barbiani, Junges, Nora e Asquidamini (2014), afirmam que: “O acesso depende em grande parte da conectividade da rede.” (Barbiani; Junges; Nora; Asquidamini, 2014, p. 857). Santos e Andrade (2013) definem essa rede como sinônimo de integração. Desta forma, constata-se que sem integração não há redes (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Segundo Barcelos (2016), para além da criação da proposta de implantar e estruturar um modelo de atenção à saúde organizado em redes, é necessário qualificar essa atuação em redes, de forma que os sujeitos envolvidos neste processo trabalhem em seu cotidiano sem perder a essência da integração, articulação e comunicação entre as partes. Para a autora, os municípios pertencentes a uma mesma região de saúde que compartilham dos mesmos serviços especializados em saúde, necessitam de uma estrutura que delimite regras e normas, de modo a haver um efetivo funcionamento do sistema regional de saúde, sobretudo através da criação de protocolos que possibilitem a organização do fluxo

de acesso à atenção especializada na saúde. Aumentando desta forma a possibilidade de acesso (BARCELOS, 2016).

As desigualdades de acesso às ações e serviços de saúde constituem um dos principais problemas a serem enfrentados pelo SUS, conforme os seus princípios e diretrizes (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

No Estado da Bahia, a descentralização e a regionalização das atividades da Secretaria da Saúde Pública da Bahia, foi impulsionada pela Lei 2.321, de 1966, que dispõe sobre a organização da administração estadual e estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa do Estado da Bahia e dá outras providências. Essa Reforma Administrativa dividiu o território baiano em 21 macrorregiões administrativas. Em 1967, o Decreto 20.356, regulamentou a instalação de Centros Executivos Regionais de Saúde (CERS) em cada uma das regiões, visando descentralizar a administração antes centrada na cidade de Salvador, sendo estes implantados em municípios com maior concentração populacional e de serviços de saúde. Dificuldades políticas e técnicas, representaram limites e barreiras na implantação de todos os CERS no período. Contudo, o Decreto 21.589, de 1969, regulamentou o regimento dos CERS, existindo oito até então, aprovando a implantação de mais cinco, visando ampliar a regionalização da saúde no Estado (SANTOS; ASSIS, 2017).

Teixeira *et al.* (1993) reconhecem a existência de alguns elementos normativos, advindos da experiência dos anos 60 e 70, através da Reforma Administrativa do Estado e criação dos CERS, que direcionaram à existência de uma política de regionalização territorial e populacional, porém, afirmam que até o final dos anos oitenta, ainda não existia uma política de regionalização, nestes conformes, na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB). Os autores citam a criação das Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), na década de 1980, no âmbito da SESAB, e destacam o protagonismo da Bahia, sendo o primeiro Estado a assinar o convênio do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Como estratégia de democratização da gestão administrativa da saúde nos processos de regionalização, em 1993 foi criada na Bahia a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como prevista na lei 8.080/90, que funcionaria como um fórum de articulação entre os gestores estadual e municipal, com decisões tomadas por consenso (SANTOS; ASSIS, 2017). Nesse momento começa a se pensar em uma democratização da gestão administrativa da saúde. Algumas responsabilidades na

gestão de saúde foram repassadas para controle dos municípios, processo denominado de municipalização. A CIB, na Bahia, se constituiu um privilegiado espaço de negociações entre os gestores municipais. Mas contradizendo a sua função inicial, o que se viu foi que,

“[...] as prioridades sanitárias eram capitaneadas por interesses políticos, muitas vezes, em detrimento das necessidades da população. O período de 1993-1998 foi analisado e, no referido estudo, destacam-se os conflitos relacionados a boicotes e/ou favorecimentos ao processo de descentralização e habilitação, além da distribuição de recursos e bens do estado para os municípios, vinculados à bandeira partidária e/ou sem critérios técnicos (GUIMARÃES, 2003).” (SANTOS; ASSIS, 2017, p.407-408)

Como pode ser percebido, através do processo histórico da gestão de redes integradas na Bahia, o princípio de regionalização trazido escrito na Lei 8080/90, enfrenta barreiras em sua execução real, para além do papel:

“A regionalização, no Brasil, caracteriza-se pela integração de redes de atenção à saúde de âmbito municipal, em redes de atenção à saúde de âmbito micro e macrorregional. Por conseguinte, tal modelagem aumenta a complexidade na gestão de redes integradas para produção do cuidado, porquanto deve conciliar interesses conflitantes de diferentes municípios, respeitando a sua autonomia política, financeira e administrativa, ao mesmo tempo em que deve buscar a construção de um modelo solidário e cooperativo no financiamento e na prestação dos serviços de saúde. Além disso, “envolvem jogos de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos que possuem interesses e projetos frequentemente divergentes na disputa política” (VIANA; LIMA, 2011, p.15).” (SANTOS; ASSIS, 2017, p.411)

O Ministério da Saúde edita as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS), 2001 e 2002.

“estabelecendo diretrizes para o processo de regionalização como estratégia para hierarquização dos serviços de saúde (interdependência municipal), fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualização dos critérios de habilitação de estados (gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual) e municípios (gestão plena da atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal). Além disso, é com a NOAS que se estabelece a necessidade de elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para um planejamento integrado em territórios micro e macrorregionais.” (SANTOS; ASSIS, 2017, p.409)

Desta forma, as diretrizes precisam estar articuladas entre os 417 municípios que compõem o Estado da Bahia, utilizando a estratégia de regionalização, explicitada no Plano Diretor de Regionalização (PDR). Segundo o PDR do Estado da Bahia, do ano de 2016, o território sanitário da Bahia foi organizado em nove

macrorregiões de saúde e 28 microrregiões: Norte (28 municípios), Sul (67 municípios), Leste (48 municípios), Oeste (37 municípios), Sudoeste (73 municípios), Nordeste (33 municípios), Extremo Sul (21 municípios), Centro-Norte (38 municípios) e Centro-Leste (72 municípios) (BAHIA, 2016).

De acordo com o desenho programático assistencial do PDR (2013), foram definidas as 28 Regiões de Saúde do Estado: Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Serrinha, Senhor do Bonfim, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista (BAHIA, 2013).

O Plano Estadual de Saúde (PES) 2008-2011 do Estado da Bahia demonstrou uma distribuição irregular de serviços nas macrorregiões, sendo a macrorregião Leste a que apresenta maior concentração de serviços em saúde, e, as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste as regiões de saúde que apresentam menor concentração (BAHIA, 2009).

Apesar do Plano Estadual de Saúde vigente (2016-2019) não ter repetido esta análise acerca da distribuição irregular de serviços entre as macrorregiões, ele apresenta como uma alternativa para dar resposta a esta situação o financiamento estadual para a construção de policlínicas regionais de saúde, propondo a implantação de 28 policlínicas, uma em cada região de saúde do Estado, visando a oferta de procedimentos médicos de média e alta complexidade, como: consultas médicas em diversas especialidades, exames de imagem, serviços de apoio ao diagnóstico e pequenas cirurgias (BAHIA, 2016).

As policlínicas são apresentadas no plano supracitado enquanto uma forte contribuição na garantia da oferta de serviços na atenção especializada de saúde, fortalecendo desta forma os diversos níveis de atendimento e visando o acesso hierarquizado desde a atenção básica, seguindo aos atendimentos de diagnóstico e tratamento ambulatorial, até a alta complexidade (BAHIA, 2016).

SANTOS E ASSIS (2017), ressaltam que, apesar dos avanços, o atual PDR da Bahia tem inspiração na Reforma Administrativa do Estado da Bahia, ocorrida na década de sessenta. Desta forma:

“O desenho das Regiões de Saúde, apesar de atual, nem sempre corresponde aos fluxos reais dos usuários em busca dos serviços de

saúde, trazendo problemas às tentativas de racionalidade de pactuação e regulação intermunicipal. As DORES, por exemplo, são heranças dos Centros Executivos Regionais de Saúde (dos anos sessenta), seguem a distribuição territorial dos anos oitenta. Os movimentos para readequá-las ou redistribuí-las conforme desenho e dinâmica atual do PDR são tímidos e insuficientes, essencialmente pelo grau de envolvimento político-partidária de muitos dos seus dirigentes.” (SANTOS; ASSIS, 2017, p. 416)

Santos (2013) defende a necessidade de se regionalizar a descentralização, como uma forma de enfrentar e dar resposta aos efeitos negativos deste princípio do SUS, o qual tem levado ao isolamento dos entes-federativos causando o desconhecimento das realidades territoriais vizinhas, a fragmentação da gestão conjunta e o consequente enfraquecimento das ações e serviços de saúde (SANTOS, 2013).

Ao defender a necessidade e importância de organizar as ações e serviços de saúde em rede, Barcelos (2016), afirma que:

“A premissa de organizar os serviços de saúde em rede é intrinsecamente relacionada à necessidade de superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde que tem se manifestado sob vários aspectos, tais como, a relação ao desempenho do sistema, a ausência de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, a multiplicidade de serviços e infra-estrutura, a capacidade ociosa dos serviços e a atenção à saúde sendo prestada de uma forma pontual e episódica com foco nos acometimentos agudos (OPAS, 2011).” (BARCELOS, 2016, p. 28)

Uma das questões que esta autora traz em seu estudo, referem-se às questões relacionadas à acessibilidade socioeconômica, enquanto barreiras de acesso.

Questões como: como chegar ao outro município? Como pagar o transporte? Com quem deixar os filhos? Como perder um dia de trabalho? Como se alimentar em outro município? São conflitos que perpassam a vida dos sujeitos usuários que necessitam do cuidado, e que justificam grande parte das interrupções dessa busca. (BARCELOS, 2016, p. 93)

BARCELOS (2016) argumenta que para se pensar em serviços regionais se faz necessário, criar estratégias potentes de sistemas logísticos e de apoio (BARCELOS, 2016).

As precárias estruturas dos serviços de saúde na Bahia, a falta de leitos, a carência das ações e serviços no nível da atenção básica, a inexistência de médicos especializados em diversos municípios da Bahia, a insuficiência de remédios

disponibilizados e a carência de ações no setor, assim como a distribuição desigual das tecnologias de saúde, entre os municípios do estado, refletem a redução de recursos direcionados pelo governo estadual às ações e serviços de saúde, e, conseqüentemente denota a falha no princípio de regionalização e hierarquização no atendimento das necessidades de saúde. Essa situação tem prejudicado a equidade e integralidade da assistência a saúde e demonstra o descaso do Estado em relação a política pública de saúde e o não cumprimento com a lei constitucional.

Esse cenário tem causado um vazio assistencial no Estado, que obriga que os habitantes dos municípios da Bahia se desloquem para a capital, onde majoritariamente estão concentrados as tecnologias e os profissionais especializados de saúde, para obterem tratamento de média e alta complexidade.

2.3. O TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD) ENTRE AS POSSIBILIDADES DE ACESSO À SAÚDE

Como uma alternativa para a fragilidade na regionalização e hierarquização estabelecidas em lei e entre as possibilidades de acesso às ações e serviços de saúde, notadamente no que se refere à média e alta complexidade, por meio do SUS, foi criado o programa Tratamento de Saúde Fora de Domicílio. O benefício foi estabelecido pela Portaria nº 55 de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), que:

“Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicilio 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”. (BRASIL, 1999)

O Tratamento Fora do Domicílio (TDF) tem por finalidade garantir aos usuários o acesso às ações e serviços de saúde, de média e alta complexidade, em regiões que concentram os maiores recursos de saúde, quando no seu município não existir o tratamento adequado. Desta forma, usuários atendidos na rede pública ou conveniada ao SUS de um município poderão acessar serviços assistenciais de outro município quando estiverem esgotadas todas as formas de tratamento naquele em que reside.

Este procedimento é concedido exclusivamente a usuários da rede pública de saúde ou conveniada/contratada do SUS, e consiste no custeio das despesas do usuário e de seu acompanhante quando em outro município ou Estado de origem,

limitando-se ao período estritamente necessário ao tratamento e aos recursos orçamentários existentes dentro do planejamento de gestão do TFD de cada município. Entre as despesas abrangidas por esse benefício estão aquelas relativas ao transporte (aéreo, terrestre e fluvial), diárias para alimentação e, quando necessário, pernoite para paciente e acompanhante, bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em tratamento fora do domicílio.

Este serviço é prestado diretamente pelas secretarias municipais de saúde que possuem a função de organizar, planejar, dirigir e controlar a execução do programa, dando condições aos seus munícipes de acessarem os serviços de média e alta complexidade ofertados em unidades especializadas em outros municípios (FOGAÇA, 2014).

A Portaria nº 55 de 1999 determina que o TFD somente pode ser autorizado para municípios referência com distância em deslocamento por transporte terrestre ou fluvial superior a 50 quilômetros do município de destino. E para municípios por transporte aéreo é determinado 200 milhas de distância.

Para ter acesso ao programa, o usuário necessita obter laudo médico, devidamente preenchido pelo médico solicitante descrevendo o diagnóstico e justificando a necessidade do usuário e possível acompanhante realizar o tratamento fora de sua cidade. Este laudo posteriormente é encaminhando ao TFD do Estado que o avaliará e determinará o local do tratamento, devendo este ser realizado na localidade mais próxima de origem do usuário.

Rosa (2009), argumenta que o TFD consiste em uma possibilidade de garantir o acesso necessário à saúde da população. O programa é colocado como uma estratégia de organização da política de saúde, a qual não se encontra em pleno desenvolvimento que permita o acesso completo e complexo, em todos os níveis de atenção, das ações e serviços de saúde.

Observando-se o TFD e as dificuldades encontradas pelos usuários do programa quando em tratamento longe de suas casas, denota-se a urgência de se pensar em como tem sido gestada a municipalização dos serviços de saúde. Santos e Assis (2017), argumentam que o processo de regionalização da saúde não se constitui tarefa simples, por se tratar em conflito de gestões, interesses, inclusive partidários, conflitantes. Citam também a má distribuição de recursos entre esses municípios e as dificuldades em se pensar em um modelo cooperativo no

financiamento dos recursos e prestação dos serviços de saúde entre os municípios (SANTOS; ASSIS, 2017).

A regionalização deveria ser pensada apenas em caráter emergencial, ou, caso determinasse a última possibilidade de acesso a saúde de um município. O processo de regionalização atual tem dificultado a distribuição das tecnologias de saúde e levado a uma conformidade à existência da concentração destas em centros urbanos, sobretudo de atenção de média e alta complexidade, respaldada pela ideia de regionalizar, criar redes entre as regiões detentoras e não detentoras dos serviços de saúde, para que desta forma as necessidades de saúde dos demandantes da política sejam atendidas. Nesse processo, um município faz pactuação com outros para que esse atenda os seus munícipes, geralmente pagando pelos seus serviços.

O mais adequado seria levar essas tecnologias de saúde para o mais perto dos municípios e regionalizar apenas aqueles nas proximidades destes, que não comportem em sua dimensão territorial o recebimento dessas tecnologias. Não deve-se desconsiderar a importância do processo, pois devido a falta de planejamento e financiamento pelos governantes na área de saúde, a regionalização tem sido uma porta para salvar aqueles que permanecem às margens dos centros detentores das tecnologias de saúde, levando várias pessoas a um acesso digno de saúde.

Mas como falar em acesso igualitário e universal dos direitos sociais em um país de tanta desigualdade territorial? A concentração de tecnologias em poucos centros urbanos, compromete o princípio de equidade do SUS. Será que a municipalização da saúde, que consiste no repasse da responsabilidade para a garantia da saúde ao município, não só aprofunda as desigualdades e competição entre regiões existentes no país? Não estaria o modelo de gestão da regionalização só complicando os processos? O SUS, que foi criado visando garantir o acesso universal à saúde, ainda possui pouco investimento na área, em relação a outras finanças brasileiras.

Enquanto essa luta complexa vai prosseguindo, a demanda historicamente reprimida, só tem crescido na mesma medida que novos serviços de saúde vão sendo disponibilizados. Ainda existem pessoas adoecendo e morrendo nos municípios por falta de acesso à saúde. E os conceitos integralidade e

universalidade dos serviços de saúde garantidos pela constituição, parecem estar cada vez mais longe de uma plena realidade.

Diante dessa realidade complexa e contraditória KRÜGER (2010) afirma que: “[...] nesse caso temos o grande desafio de trabalhar na direção entre o SUS legal e o SUS real.”

3 UMA ANÁLISE DO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO. O PROGRAMA ENTRE O DIREITO, O BENEFÍCIO E O ARTIFÍCIO

Neste capítulo, será realizada uma análise descritiva dos dados obtidos, através do diário de campo da pesquisadora e das entrevistas, acerca da realidade dos usuários do TFD, provenientes de diversos municípios da Bahia, quando em tratamento de saúde na cidade de Salvador. Para isso, inicialmente será caracterizado o perfil dos usuários do programa. E por fim, será buscado compreender o TFD através das próprias experiências vivenciadas pelos seus usuários.

3.1. PERFIL DOS USUÁRIOS DO TFD

Segundo os dados coletados a partir do diário de campo de estágio e das entrevistas realizadas, foram encontrados usuários em tratamento de saúde de todas as idades. Bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos, na faixa etária de dois meses de vida à 66 anos de idade. Estando acompanhados por adultos e idosos, majoritariamente mulheres, sendo estas mães e filhas dos usuários em tratamento. Todas as entrevistadas foram mulheres. No diário de campo, com um ano e dois meses de registro, apenas dois homens acompanhantes foram identificados no período de estágio, sendo estes pais de crianças em tratamento oncológico.

Entre os municípios de origem dos participantes da pesquisa, coletados através dos dados obtidos, através das entrevistas e dos registros em diário de campo, foram analisados usuários de: Alagoinhas, Ipirá, Entre Rios, Feira de Santana, Ibititá, Ibicaraí, Barreiras, Formosa do Rio Preto, Itaberaba, Serra de Ramalho, Bom Jesus da Lapa, Amargosa, Itamira e Macaúbas. As distâncias destes municípios a Salvador é de 116 a 1013 quilômetros, sendo o tempo em horas percorrido entre 1 h e 30 min à 16 horas.

Foram identificados usuários em tratamento de saúde e acompanhantes de diversas escolaridades, inclusive de ensino superior completo. Contudo, percebe-se que entre os usuários e acompanhantes, majoritariamente estes possuem ensino fundamental incompleto.

Todos os usuários entrevistados e registrados pelas informações do diário de campo de estágio, são pacientes oncológicos, e que devido ao tipo de doença necessitam passar longos períodos distantes dos seus municípios em tratamento. Estes vem tratar diversos tipos de câncer, como: câncer de mama, câncer no endométrio, câncer no couro cabeludo, câncer de tireoide, linfoma, osteossarcoma, leucemia, melanoma, entre outros tipos.

Foi observado segundo as entrevistas realizadas e os registros em diário de campo que os usuários do TFD analisados, passam a ter acesso ao BPC (Benefício de Previdência Contínua), após a descoberta da doença, ou, caso trabalhassem em trabalho formal de carteira assinada, anteriormente a doença, recebem o auxílio doença previdenciário. Três das usuárias que foram entrevistadas já são aposentadas.

Segundo os registros do diário de campo foram encontradas famílias que residem de 3 à 7 pessoas na mesma casa, em seus municípios de origem. Uma parte significativa destas famílias, são da zona rural e se encontram em situação de vulnerabilidade social, desempregados e vivendo da subsistência e do trabalho agrícola.

Quatro das usuárias entrevistadas, relataram que vivem em casas com infraestrutura básica e adequada, mas uma dessas usuárias relatou que em seu município vive sem água encanada e sem rede de esgoto em sua residência, necessitando de cisternas, fontes de água doce e em época de secas até de carro pipa.

3.2. EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS DO TFD EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO MUNICÍPIO DE ORIGEM

A análise dos dados obtidos nesta pesquisa através da realização de 05 (cinco) entrevistas e da análise dos registros do diários de campo da pesquisadora possibilitou demonstrar a situação dos usuários do TFD e as dificuldades encontradas por estes durante o tratamento de saúde longe de suas casas. Os usuários do programa apresentam uma série de reclamações em relação à hospedagem, alimentação, ajuda de custo e ao transporte que são disponibilizados pelos seus municípios.

Foi observado segundo registros em diário de campo, que geralmente, esses usuários ficam em “casas de apoio” - que são habitações que hospedam temporariamente pessoas em tratamento de saúde de curta ou de longa duração oriundas de outros municípios - na maioria das vezes em condições precárias e, muitas vezes, insalubres, com o “direito” a uma alimentação que, geralmente, não é de boa qualidade. Os municípios, comumente repassam recursos provenientes do TFD para a manutenção e cuidados dessas casas para que recebam os seus munícipes, porém devido ao valor cada vez mais reduzido desses repasses, existem casas de apoio altamente precarizadas.

Diante deste cenário, vários usuários optam em ficar em casas de apoio de terceiro setor e de organizações filantrópicas que prestam um maior acolhimento, possuem melhor infraestrutura e uma alimentação mais adequada, se comparada às casas públicas localizadas em Salvador que são geridas pelos diversos municípios do Estado. Esse é o caso das cinco usuárias entrevistadas hospedadas em uma casa de apoio de terceiro setor, em Salvador.

Em relação à trajetória das entrevistadas da descoberta da doença até chegar a Salvador, foi observado que todas foram encaminhadas para a cidade no processo de diagnóstico. Estas realizaram consultas em seus municípios e necessitaram serem encaminhadas para Salvador para realizar exames complexos, a exemplo da punção, que consiste em um procedimento, no qual o médico faz uma aspiração no interior do tumor, utilizando uma agulha especial, com o objetivo de analisar as características do conteúdo realizando um diagnóstico completo. Após ser descoberta a doença, elas necessitam continuar na capital baiana para realizar o tratamento quimioterápico.

Tal situação demonstra a inexistência de atendimentos de média e alta complexidade nestes municípios. O que denota a dificuldade de acesso a serviços especializados, o que tem afetado a todos os municípios das entrevistadas, o que representa um entrave na garantia do princípio de integralidade do SUS. Soma-se a esta situação a demora no acesso devido ao alto fluxo de usuários migrando a Salvador para a realização de atendimentos, consultas e exames. Usuários referem que esperam de três a seis meses a liberação destes serviços. Cabe ressaltar, esta situação, porque uma doença oncológica não espera e se espalha para outras partes do corpo muito rapidamente, o que põe em jogo a própria vida destes usuários nessa longa espera.

Do total das usuárias entrevistadas três delas relataram que os seus municípios possuem veículos próprios (ônibus, micro-ônibus e vans) para deslocamento dos seus munícipes. Segundo os registros do diário de campo ao invés de disponibilizarem passagem os municípios optam pela aquisição e manutenção de veículos próprios, através do recurso do TFD, para trazer os seus usuários à Salvador. De um modo geral, as usuárias relatam que o transporte fornecido para o traslado de um município a outro provoca sofrimento e desconforto devido à superlotação e falta de qualidade. Estas relatam que por vezes esses veículos não possuem lugares para que elas guardem as suas bagagens.

As entrevistadas relataram também as dificuldades enfrentadas em relação aos horários de saída desses veículos oferecidos pelos municípios, muitas delas alegaram que em razão da distância à Salvador, necessitam sair de madrugada das suas cidades. Os usuários também afirmam, segundo registros do diário de campo, que muitas vezes, são atendidos em suas consultas e demoram várias horas esperando a volta do transporte para os seus municípios de origem sem terem um local adequado para permanecerem. Por isso, eles ficam, geralmente, de manhã até a noite com fome, sentados pelas calçadas das ruas - por não poderem permanecer nas dependências dos hospitais, nos quais são atendidos, após a consulta - às vezes na chuva, esperando a volta para casa. Muitos, pelo cansaço, dormem pelas ruas e afirmam terem medo de serem assaltados e perderem os seus documentos e pertences. Uma espera sofrida que não leva em conta o turno da consulta, ou seja, é comum que os usuários que fazem consulta pela manhã tenham que esperar os do turno da tarde, pois, geralmente, esses veículos fazem o percurso entre Salvador e os municípios de origem apenas uma vez ao dia.

Um dos registros do diário de campo demonstra a situação de um acompanhante de usuário do TFD da cidade de Alagoinhas, que expôs enfrentar muitas dificuldades para o deslocamento até Salvador através do transporte disponibilizado pelo TFD. Este afirmou que pela necessidade da continuidade do tratamento do familiar que acompanha, tinha urgência em comparecer à Salvador e por não poder esperar os trâmites e burocracia na liberação do recurso do TFD, efetuou o deslocamento até um Hospital da capital baiana com recursos próprios para realização de tratamento de saúde, porém não possuía recursos próprios para o retorno para casa.

Desse modo, procurou apoio da Assistente Social da unidade hospitalar solicitando que esta mantivesse contato com a secretaria de saúde do seu município de origem visando ter acesso ao veículo por ele disponibilizado e desse modo, retornar à sua residência. O usuário em questão mencionou que o fato da assistente social efetuar o contato telefônico para o município conferia maior credibilidade à sua necessidade. Por outro lado, o contato direto do usuário com o município de origem implicava em diminuição das possibilidades de êxito em razão das dificuldades impostas rotineiramente aos usuários.

É importante ilustrar que o usuário foi atendido na unidade hospitalar às 11h da manhã, porém só poderia retornar para casa às 17h, momento em que o veículo do município retornaria com todos os usuários em atendimento em Salvador durante o dia. Além disso, não foi oferecida garantia da disponibilidade de assento no veículo, visto que, segundo a secretaria, o usuário não aguardou o transporte do município. Diante dessa possibilidade e da condição do usuário e do acompanhante, a Assistente Social encaminhou usuário e acompanhante para a casa de apoio de propriedade da unidade hospitalar, pois de outra forma essa família não teria onde ficar até o retorno à cidade de origem.

Situação similar relacionada ao transporte, também registrada no diário de campo, foi vivenciada por uma criança procedente da cidade de Entre Rios em tratamento oncológico na capital baiana. A menor chegou com atraso para realização de quimioterapia agendada previamente, em razão de ter realizado a viagem através de “carona”, pois o veículo do TFD não foi disponibilizado pela secretaria municipal de saúde em tempo hábil e, de outro modo, o atraso seria ainda maior, segundo relato da acompanhante.

Os registros em diário de campo demonstraram que é frequente que os munícipes que necessitam realizar consultas, exames, quimioterapia entre outros, se desloquem até Salvador sem conhecimento e autorização da Secretaria de Saúde, nas ambulâncias que trazem para a capital usuários internados e transferidos para hospitais, quando esses não conseguem vaga nos veículos do TFD dos seus municípios. Geralmente o motorista e os responsáveis pelo hospital e pela condução de usuários em tratamento de saúde nas ambulâncias não negam a carona para esses que por diversas vezes estão indo a Salvador por necessidades urgentes de saúde.

Ainda relacionado ao transporte, as anotações do diário de campo da pesquisadora revelam a dificuldade vivenciada pelos usuários do TFD para acessar os veículos e, conseqüentemente, ter acesso ao tratamento de saúde em períodos festivos e feriados, pois nessas datas poucos motoristas trabalham e as secretarias de saúde não funcionam. Tal situação demonstra que mesmo com a existência do TFD, os usuários ainda enfrentam dificuldades no acesso ao tratamento de saúde e que o programa não tem dado conta de resolver os problemas do atendimento integral e hierarquizado das ações e serviços de saúde

Soma-se a isso as dificuldades encontradas para acesso aos veículos quando o tratamento de saúde é contínuo e demanda deslocamento com frequência diária ou semanal. Nesses casos, observou-se que muitos usuários optam por ficar em Casas de Apoio para garantir a continuidade do tratamento sem interrupção. Normalmente essas casas de apoio são administradas pelo próprio município – quando disponibilizadas-, próprias do Hospital em que o usuário está sendo atendido ou do terceiro setor.

Os retardos na liberação dos transportes apresenta riscos aos usuários do TFD. Sem se deslocarem à Salvador no período solicitado pelo médico, estes sofrem uma interrupção em seus tratamentos e perdem consultas que por diversas vezes demorou meses para serem liberadas. O que pode ser irremediável, a depender da doença em que estes vem tratar.

Registro obtido através do diário de campo, revelou que uma senhora de baixa renda e escolaridade, do município de Ipirá, acompanhando filho na Unidade de Tratamento Intensivo (U.T.I), já estava há dois dias sem comer dentro do hospital, por não ter recursos próprios e não receber nenhuma ajuda de custo disponibilizada pelo município. Foi observado que apesar de a usuária ter vindo a Salvador através de carro gerido pelos recursos do programa da sua cidade, esta nem sabia o que era o TFD e quais benefícios poderia ter direito. Essa situação ocorreu porque dentro do Hospital não é garantido alimentação a familiar de usuários em tratamento de saúde maior de 18 anos. A mãe reside em situação de vulnerabilidade social com os 5 filhos na mesma casa em seu município.

Isso comprova a falta de informação acerca do TFD. A usuária não sabia que o seu município possuía uma casa de apoio na cidade e nem quais os outros possíveis suportes, ao tratamento de saúde, que era disponibilizado através do programa. Apesar da usuária do município de Ipirá ter vindo a cidade de Salvador

através do carro do TFD, esta não foi informada como proceder para entrar em contato com a Secretaria de Saúde para voltar a sua cidade de origem através deste recurso.

Uma outra situação registrada no diário de campo, mostra a situação da mãe de uma usuária em tratamento de saúde, do município de Itaberaba, que já se encontrava a algum tempo na cidade devido ao longo internamento do seu filho e expressa a necessidade de voltar para sua casa, visto que deixou seus quatro outros filhos e um neto menores sozinhos. Alguns municípios são mais difíceis de liberar o suporte de transporte para os seus munícipes. E por isso, quando o paciente oncológico recebe alta, mas com menos de 3 dias necessita voltar ao hospital, a Assistente Social opta por manter esses usuários em um casa de apoio em Salvador, para que não haja nenhuma situação que interrompa a continuidade do tratamento desses usuários. É o caso dessa mãe, em que o filho recebia alta apenas por curtos período e por isso a profissional de Serviço Social achou mais seguro manter essa mãe e a criança em casas de apoio na cidade do que mediar com a secretaria de saúde do município da usuária a sua volta e correr o risco de ela não conseguir o suporte do TFD para voltar a Salvador no devido dia.

A mesma situação é compartilhada pelos usuários do município de Bom Jesus da Lapa, os quais ouvem dos responsáveis pelo gerenciamento do TFD de suas cidades que se a alta do tratamento oncológico deles tiver menos de 6 dias para retorno a salvador, eles não podem voltar ao seus municípios, devendo permanecer na cidade na Casa de Apoio. A Secretaria de Saúde destes lugares alegam que apesar dessa exigência não ser justificada através da Portaria nº 55/99 do TFD, justifica-se por uma questão de verba, porque muitos dos seus munícipes fazem tratamento em outros municípios e eles enfrentam dificuldades para gerir os recursos do TFD conforme a demanda.

O Art. 4º da Portaria nº 55/99 define que as despesas permitidas pelo TFD, devem ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado (BRASIL, 1999). Fernandes (2010), defende que a questão do financiamento do Sistema Único de Saúde representa uma das causas da precarização do Sistema. O padrão de financiamento e a distribuição de recursos desiguais entre as regiões brasileiras, segundo o autor, acirra ainda mais as diferenças regionais. Diante deste cenário, os gestores arbitram um valor teto para custear as despesas do tratamento dos usuários do TFD, em razão do próprio

financiamento do município, que não condiz com as reais necessidades destes usuários (FERNANDES, 2010).

Apesar da Portaria nº 55 de 1999 da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde), referente ao TFD, estabelecer que as despesas permitidas são transporte e diárias para alimentação e pernoite para pacientes e acompanhantes, nem sempre os municípios disponibilizam todos os benefícios demarcados em lei. Consoante a forma de administrar e gerir os recursos do programa, segundo dados coletados através da entrevista, uma das entrevistadas do município de Amargosa relatou que a sua cidade só concede através do TFD o transporte, que é uma van gerida pelo município. Apenas duas das usuárias relataram receber ajuda de custo para se manter em Salvador, sendo estas munícipes de Itamira e Formosa do Rio Preto. E duas usuárias, de Bom Jesus da Lapa e Macaúbas, relataram que os seus municípios possuem casa de apoio gerida pelos recursos do TFD em Salvador.

Destaca-se também, segundo dados registrados de comentários da Assistente Social, o sofrimento psicológico a que estão sujeitos estes usuários e suas famílias, por estarem debilitados pela própria doença e por passarem geralmente muito tempo longe do seu círculo de amizade e família. Além disso, diversas vezes estes usuários perdem os seus empregos em função do tempo que passam fazendo tratamentos de saúde ou acompanhando alguém em tratamento fora de seu domicílio.

Um dos problemas enfrentados pelas assistentes sociais de Salvador, registrados em diário, é o próprio contato com a maioria dos municípios da Bahia. O contato desses municípios se dá por telefone celular e geralmente o sinal telefônico no interior possui baixa qualidade. E geralmente o celular do responsável do TFD dos municípios é o celular pessoal deste, isto porque o município não dispõe de um telefone fixo para estes contatos.

Rosa (2009), defende que o Brasil não se encontra em um estado pleno de desenvolvimento da política de saúde que permita o acesso em todos os níveis de complexidade das ações e serviços de saúde, em todos os municípios. Portanto o TFD consiste em uma forma de organização do sistema que visa garantir o acesso necessário à saúde da população, contudo, que envolve um conjunto de necessidades que perpassam o tratamento de saúde distante de casa, que vai

demandar uma mediação próxima aos usuários, dos profissionais de saúde, sobretudo do Serviço Social (ROSA, 2009).

O profissional de Serviço Social orienta-se em sua prática pelos princípios e direitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e pelas leis referentes às políticas sociais e aos direitos que os brasileiros possuem. Estes também possuem um Código de Ética norteador para essa viabilização. Nesta direção, os assistentes sociais tem como compromisso cotidiano, informar e garantir que as pessoas acessem seus direitos através das políticas públicas. Estas representam respostas do Estado que visam atender as necessidades sociais da população e efetivar direitos, promovendo a cidadania.

Em um contexto hospitalar, onde são reveladas complexas dinâmicas de vida, sobrevivência e convivência familiares, esses profissionais, segundo Palhoça (2009), vão se relacionar em seus cotidiano de trabalho, com inúmeras expressões da questão social, que podem se manifestar de formas diversas:

Em alguns casos, são direitos de continuidade de tratamentos negados pela rede básica; em outros, são mediações familiares a serem feitas, situações de negligência, falta de informação, conhecimento e acesso a direitos e benefícios internos e externos. (PALHOÇA, 2009, p.42)

A saúde representa um direito fundamental e segundo a política pública SUS existe o compromisso em garanti-la mediante a um acesso universal, igualitário e integral. Cabe, então, que os assistentes sociais juntamente com os demais profissionais da saúde, diante dos desafios cotidianamente enfrentados, busquem estratégias competentes e críticas que efetivem o direito social à saúde, de modo articulado aos princípios do SUS.

Quando os usuários do TFD, são encaminhados para as casas de apoio dos seus municípios em Salvador, geralmente após serem atendidos nos hospitais, é comum que estes se percam na cidade em busca dessas casas, sobretudo quando são liberados a noite. Essa situação denota as dificuldades de familiares do interior em uma cidade grande.

As cinco usuárias entrevistadas mencionaram a questão do deslocamento das casas de apoio ao hospital em que fazem tratamento de saúde, em Salvador. Elas referem que as casas não são construídas ao lado dos hospitais e eles gastam muito com transporte para esse deslocamento. Afirmam também que nem sempre podem utilizar o transporte coletivo da cidade, devido à intercorrências do tratamento, como enjôos, vômitos e tonturas, o que impossibilita que utilizem

transportes cheios e que se desloquem em pé, o que faz com que elas gastem com Táxi e transporte privado de aplicativo.

Existem muitas queixas dos usuários em relação à casa de apoio disponibilizada pelos seus municípios em Salvador. Duas usuárias entrevistadas e relatos em diário de campo, denotam que a alimentação é precária, as condições de infraestrutura não são adequadas e que muitas vezes eles dormem no chão, em colchões rasgados e sujos de sangue. Usuários relatam também que se sentem explorados nos trabalhos domésticos exigidos dentro das casas de apoio.

“Quer dar um castigo para alguém bem mal? Mande para uma Casa de apoio.” (Mãe de uma criança em tratamento oncológico em Salvador. Fala registrada em diário de campo.)

“Vocês assistentes sociais acham que mandando alguém para casa de apoio está fazendo um bem pra pessoa, mal sabem que só estão iniciando o sofrimento de alguém.” (Mãe de uma criança em tratamento oncológico em Salvador. Fala registrada em diário de campo.)

Acerca da visão e do significado do acesso, pelos próprios usuários, através do programa e aos benefícios concedidos, as cinco entrevistadas trouxeram falas fortes:

“A espera pelo carro do município, é horrível.” (ENTREVISTADA I - MUNICÍPIO AMARGOSA)

“Eles dispõem de carro e ajuda de custo, mas é muita humilhação para conseguir o serviço, ouvimos muito desaforo. O carro está caindo aos pedaços. Faz medo voltar para casa. E a ajuda de custo dada por eles não supre. Não é condizente ao nosso gasto real” (ENTREVISTADA II - ITAMIRA)

“Deveriam nos ajudar mais. Aumentar o dinheiro. E já que não tem casa de apoio, contribuir para manutenção da casa que nós ficamos aqui.” (ENTREVISTADA III – FORMOSA DO RIO PRETO)

“Se não fosse meu auxílio doença eu não estaria fazendo tratamento aqui. Pago táxi e gasto muito com remédios.” (ENTREVISTADA IV - BOM JESUS DA LAPA)

“O ônibus é velho e fedorento. E a gente consegue a passagem diretamente na rodoviária, pois o município faz tratados com a própria rodoviária para nos levar. É muita burocracia para conseguir essa passagem. Demora... A rodoviária separou um ônibus só pra trazer a gente. Porque é muita gente. Aí a gente é mal visto pelos outros passageiros da rodoviária. Eles dizem: “Olha lá o povo doente, que ganha passagem de graça.” (ENTREVISTADA IV - BOM JESUS DA LAPA)

“É muito ruim, né? Dá muita saudade da família! Tem dia que não sinto vontade de fazer as malas para vim à Salvador. Acabou minha vida. Me afastei do trabalho...” – Relata chorando. (ENTREVISTADA IV – BOM JESUS DA LAPA)

“A maior dificuldade é a distância mesmo do município. Viajamos a noite, passamos medo de assalto. É desgastante, é longe.” (ENTREVISTADA V- MACAÚBAS)

Ao serem perguntadas acerca da realização do tratamento de saúde em Salvador e de como era para estas usuárias estar longe de casa, todas as entrevistadas responderam com lágrimas nos olhos, com frases curtas e silêncio.

“São várias dificuldades...” – Relata usuária e fica em silêncio, com o olhar distante. (ENTREVISTADA I –AMARGOSA)

“Nem sei o que dizer...” – Relata usuária e fica em silêncio, com o olhar distante. (ENTREVISTADA II – ITAMIRA)

“É ruim, né? Muito difícil...” – Relata usuária e fica em silêncio, com o olhar distante. (ENTREVISTADA III – FORMOSA DO RIO PRETO)

“... silêncio” (ENTREVISTADA IV – BOM JESUS DA LAPA)

Segundo Lewgoy (2007), o silêncio comunica bem mais que as palavras. Ele pode representar a tentativa do entrevistado de encobrir uma situação que este não consegue enfrentar e decifrar. A autora defende que cada pessoa tem suas necessidades e seus momentos diferentes. Ela argumenta que o entrevistador, sobretudo se este for um assistente social, necessita ser sensível ao silêncio e ao que ele expressa.

As cinco entrevistadas, quando perguntadas sobre o que poderia ser feito para que os seus tratamentos de saúde em salvador melhorasse, responderam a mesma coisa, que só seria melhor se tivesse hospitais em que pudessem serem tratadas dentro dos seus próprios municípios.

Como se pôde perceber na prática dos relatos, assim como foi defendido por Rosa (2009), o TFD, constitui-se como um desafio aos seus sujeitos demandantes, especialmente no que se refere às próprias condições impostas pelo programa, e, os desafios do acesso ao tratamento distante de casa, que vão das próprias condições de transporte à manutenção desse tratamento fora de domicílio (ROSA, 2009).

Uma das entrevistadas, do município de Macaúbas, alegou que foi negado a ela o acesso aos benefícios do TFD, porque ela possui plano de saúde e vem a

Salvador fazer tratamento em hospital particular. A queixa que essa usuária levantou é que mesmo tendo plano de saúde, dentro do seu município não dispõe de atenção de média e alta complexidade para que ela acesse as ações e serviços via seu plano privado e que ela enfrenta dificuldades financeiras para comprar a passagem e vim realizar tratamento de saúde distante de casa.

No entanto, a portaria nº 55/99, que dispõe sobre o TFD, no art. 1º, prevê que: “§ 2º - O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/contratada do SUS” (BRASIL, 1999). O caso dessa usuária revela, assim como foi defendido por Ribeiro (2006), que apesar de ser percebido que o perfil predominante dos que não conseguem acessar os serviços de saúde estão ligados a um pior nível socioeconômico, sendo maiores entre os usuários do SUS, existem indivíduos cobertos por planos de saúde que também enfrentam dificuldades no acesso. O que leva a concluir que possuir um plano de saúde não é garantia de acessar as ações e serviços de saúde e que as dificuldades do acesso não se esgotam nas características socioeconômicas dos indivíduos, refletindo que o obstáculo está justamente nos problemas de oferta e organização dos serviços de saúde (RIBEIRO, 2006).

No contexto atual, de crise do capitalismo, sob a dominância financeira, a saúde tem sido alvo de interesse do grande capital em busca de valorização e as ações e serviços de saúde tem sido cada vez mais transferidas ao mercado, provocando o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Por isso, se faz necessário ao se debater a regionalização da saúde, reconhecer o contexto amplo em que está inserido o princípio universal do sistema de saúde. Mendes e Louvison (2015), afirmam que: “Sabe-se que o capital privado tem avançado no interior dos sistemas públicos de saúde no mundo, e tem ameaçado o caráter público e universal, fundamental às lutas sociais realizadas em cada país.” (MENDES; LOUVISON, 2015, p. 393)

Dede o início da implantação do SUS até os dias atuais, pode ser percebido a existência de um subfinanciamento, constituído enquanto política de Estado, visto que está embasado pelas próprias leis de saúde brasileiras, e, uma forte ampliação do setor privado que vem intensificando a lógica mercantil na oferta de ações e serviços de saúde. Em relação ao financiamento, não foi resolvido o problema da insuficiência de fontes para o SUS. A forma de atuação do capitalismo contemporâneo tem enfraquecido os orçamentos do fundo público e comprometido a

manutenção dos direitos sociais e do próprio princípio universal da saúde, que embora tenha sido estabelecido na constituição de 1988, não tem sido efetivamente garantido. (MENDES; LOUVISON, 2015)

Percebe-se que o TFD engloba uma dupla dimensão. A primeira diz respeito ao acesso efetivado através deste programa pelos usuários que deles necessitam que, na ausência deste “benefício”, sofreria com as barreiras impostas pelo deslocamento os levando a um possível não atendimento das suas necessidades de saúde. A segunda dimensão traz uma crítica a este programa, pois percebe-se através das dificuldades vividas pelos seus usuários, que ele não dá conta de atender as necessidades que perpassam o deslocamento e a permanência destes nas cidades fora dos seus municípios de origem. Um outro fator que pode ser levantado nessa segunda dimensão é a falta de informação acerca desse programa, o que foi percebido através dessa pesquisa que existem usuários que se deslocam por recursos próprios e desconhecem o direito ao TFD.

Azevêdo (2016), afirma que o acesso universal e igualitário estabelecido enquanto princípios do SUS acontece de forma gradual em razão da complexidade decorrente das enormes diferenças regionais e da pluralidade de contextos vividos pelos municípios brasileiros. O autor defende que o acesso à saúde engloba fatores de ordem política, cultural, econômica e funcional que acabam resultando em dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência de grande parte da população, dificultando a disponibilização por parte do governo de uma estrutura de saúde que garanta serviços de qualidade que sejam capazes de atender a todos os brasileiros em seus municípios de origem. Para o autor:

Diante da necessidade de organizar e controlar o fluxo de pacientes que recorrem à rede assistencial pública de saúde instituiu-se a Política Nacional de Regulação do SUS, como forma de possibilitar aos três níveis de governo a execução de ações direcionadas a tornar universal o acesso aos serviços públicos de saúde, por meio da regulação do acesso à assistência, dimensão na qual o TFD está inserido. (AZEVEDO, 2016, p. 411)

Segundo Azevêdo (2016), o programa TFD, cumpre de forma eficiente o seu objetivo, que consiste em proporcionar o acesso dos usuários do SUS às ações e serviços de saúde, contribuindo de maneira definitiva para a garantia do princípio da universalização do acesso à saúde. Para o autor, o programa é necessário para a consecução dos objetivos da Política Nacional de Regulação:

“[...] pois viabiliza o acesso do tratamento de saúde aos usuários do SUS e contribui para mitigar os efeitos decorrentes da falta de estrutura da rede assistencial, principalmente nos municípios das regiões mais distantes do Brasil.” (AZÊVEDO, 2016, p. 412)

Já a autora Rosa (2016), defende que conjuntamente ao tratamento de saúde fora do município de origem e a todas as inquietações, preocupações, expectativas e mudanças na vida cotidiana dos usuários em um território desconhecido com uma outra realidade econômica, cultural e social, totalmente oposta ao vivenciado por estes em seus territórios de origem, o TFD não dá conta de suprir toda a despesa necessária para o tratamento. O que revela uma realidade distante dos dispositivos legais, que leva os usuários a se deslocarem dos seus territórios e de toda sua realidade cotidiana, como família, trabalho, entre outras coisas, onde não lhes ficam assegurados os meios de sobrevivência na sua totalidade humana (ROSA, 2016).

Como foi percebido através das dificuldades passadas pelos usuários em relação ao TFD, esse programa demonstra a tentativa de se encobrir as lacunas decorrentes da fragilidade do princípio de regionalização e hierarquização de saúde e o consequente vazio assistencial existentes nas diversas regiões do Brasil. Sabendo-se que: “O objetivo fundamental da regionalização é garantir aos seus usuários serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível.” (SILVA; GOMES, 2013, p. 1.108).

Guerreiro e Branco (2011) relacionam a regionalização ao princípio de equidade e defendem que através da efetivação deste princípio seria possível descondensar os recursos concentrados e exclusivamente articulados em poucos polos estaduais, que determinaria uma maior satisfação dos usuários, e, ainda possibilitaria a redução dos custos sociais altíssimos, demandados pelos grandes deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas regiões (GUERREIRO; BRANCO, 2011).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso universal às ações e serviços de saúde representa a bandeira de luta do movimento sanitário e está constituído enquanto um direito fundamental garantido pela constituição. Acesso não significa apenas a utilização das ações e serviços, mas também relaciona-se a capacidade de disponibilidade que estes possuam para que o seu uso aconteça em tempo adequado para o alcance do direito a saúde.

Como pôde ser visto através das experiências retratadas neste trabalho, assim como defendido por Rosa (2009), o TFD representa uma alternativa de organização do atendimento, na perspectiva de direito e na direção de um sistema de saúde público, com vistas a minimizar as deficiências na oferta das ações e serviços de saúde, e, buscando garantir cobertura à população e acesso as diferentes especialidades. Contudo, a autora afirma que assim como através deste programa abre-se a possibilidade do indivíduo realizar atendimento as suas necessidades de saúde em outra região, garantindo o direito de acessar serviços através do reordenamento do atendimento, por outro lado, o programa evidencia a limitação do sistema na oferta dos serviços de saúde, evidenciando uma cobertura deficitária, com ausência de fluxos organizados, que acabam por ter que serem reconstruídos pelos profissionais e pelas famílias frente às barreiras que encontram para o acesso (ROSA, 2009).

Foi observado que existe dentro das regiões de saúde iniciativas de atenção à saúde em todos os níveis, contudo, permanecem os obstáculos territoriais e econômicos, que embora o TFD garanta a contrarreferência do usuário para fora dos limites dos seus municípios, o programa não assegura condições dignas para a realização do Tratamento Fora de Domicílio. As questões que envolvem as barreiras ao acesso e à utilização de serviços de saúde, em grande parte, encontram-se relacionadas com a estrutura e o funcionamento do próprio sistema de saúde.

As dificuldades reais exemplificadas neste trabalho, pela própria experiência dos usuários do TFD, demonstram que os “benefícios” ofertados por esse programa são insuficientes para arcar com toda a despesa necessária e cabe aos usuários buscar meios próprios de deslocamento, sobretudo, de permanência fora dos seus domicílios, e às suas maneiras irem encontrando formas de conquistar o direito à saúde.

Ressalta-se a importância de se repensar qual política de saúde estamos financiando. Pois o SUS como efetivado em sua realidade tem andado na contramão em relação ao que se tem visto nas leis e à aquele defendido durante o processo de redemocratização, que defendia uma política de saúde universal, justa e integral para todos os brasileiros. Através do processo de subfinanciamento do SUS a política de saúde tem sido sucateada e o programa de Tratamento de Saúde Fora de Domicílio, como componente desta política, tem sido um dos instrumentos que caracterizam o real desmonte dos direitos sociais no Brasil.

O TFD que não pode ser compreendido enquanto “benefício”, pois não representa nenhuma benesse do Estado e está dentro de uma perspectiva de levar os seus usuários ao acesso a saúde, pode ser compreendido como um artifício do Estado para contornar a lei, sabendo que este difere e vai contra o previsto pela Constituição, sendo de cunho seletista, não alcança a todos que precisam e ainda promove a conformidade com a não municipalização das tecnologias dos serviços de saúde. Tecnologias em saúde são todas as intervenções possíveis para a promoção da saúde, como equipamentos, procedimentos médicos, técnicas cirúrgicas, medicamentos, entre outros suportes. Este não acesso acaba por sujeitar milhares de baianos ao TFD, deixando estes sem saberem até quando terão condições físicas, econômicas e emocionais de darem prosseguimento a esse tratamento longe de seus domicílios.

Distantes de terem acesso à unidade de saúde e profissionais locais capacitados para atender as suas necessidades, ainda que a constituição lhes garanta esse direito, correm o risco de se tornar mais uma vítima fatal desse sistema, morrendo à espera de um tratamento de saúde cada vez mais longe do seu alcance.

As experiências vistas neste trabalho, nos remete a uma reflexão da visão de saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como dos princípios do SUS e das ações e serviços de saúde regionalizados no país. Percebe-se que na prática, vê-se o avesso do que está normatizado. Contudo, não podemos negar os avanços históricos no campo da saúde. Que a luta da reforma sanitária por uma saúde pública e de qualidade a todos de caráter universal e igualitário possa continuar, pois ainda temos muito caminho a percorrer para alcançar o real princípio de saúde enquanto direitos de todos e dever do Estado.

Com a finalização deste trabalho, não se pode considerar este debate esgotado. Visto que existem pouquíssimos trabalhos voltados para esta área, espera-se que este estudo contribua para outras pesquisas e análises acerca do programa TFD, servindo de subsídios para o desenvolvimento desta temática

5 REFERÊNCIAS

AZEVEDO, S. R. **O Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí.** Holos, Ano 32, Vol. 2, p. 402 – 413, Piauí, 2016.

BAHIA, **Resolução CIB nº. 275**, de 19 de julho de 2012. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais. Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, BA, 09 ago. 2012.

BAHIA. **Hospitais Estaduais.** Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/atendimento-ao-cidadao/hospitais/>> Acesso em: 12 nov. 2018.

BAHIA. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.33, Supl.1, p.13-87, 2009.

BAHIA. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** Salvador: SESAB/CES, 2016.

BAHIA. **Resolução CIB nº 088/2013.** Aprova o Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite e das Comissões Intergestores Regionais do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2013.

BARBIANI, Rosangela; JUNGES, José Roque; NORA, Carlise Rigon Dalla; ASQUIDAMINI, Fabiane. **A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios.** *Saúde soc.* [online]. 2014, vol.23, n.3, pp.855-868.

BARCELOS, S. C. **A regionalização do acesso a saúde: facilitando fluxos ou construindo barreiras?** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história.** São Paulo: CORTEZ, 2007.

BRASIL. **Código de ética do assistente social.** Lei n. 8.662/1993. Legislação Brasileira para o Serviço Social. Brasília, jan. 2011

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 05 ago. 2017.

BRASIL. **Decreto n. 7.508.** Editado em 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.080**. Promulgada em de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 04 jun. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria SAS/055. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html> Acesso em: 28 de Nov. de 2018.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

COSTA, M. R. **A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária**. Sociedade em Debate, Pelotas, jul.-dez, 2007.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.4, pp.725-737

FOGAÇA, Eliseu Delgado. **A satisfação do usuário do serviço de tratamento fora de domicílio do município de Sant'ana do Livramento**. Santana do Livramento: Unipampa, 2014.

GAMA, Abel Santiago Muri; FERNANDES, Tiótrefis Gomes; PARENTE, Rosana Cristina Pereira and SECOLI, Silvia Regina. **Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2018

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. **Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

KRÜGER, T. R. **Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS**. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. IX, nº10, Dez. 2010, p.123-145.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, L. D.; VIANA, A.L.A. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: LIMA, L. D.; VIANA, A.L.A. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011. p.39-63.

MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO. Salvador, BA. 2012. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/tfd_-_tratamento_fora_de_domicilio/manual_do_tfd_ba.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2017.

MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social.** Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MELO, Ricardo G. Cardozo de; SAMPAIO, Micheline Pires. **Casas de apoio: inserção e contribuições do assistente social no terceiro setor.** Agosto. 2013. p.115-144.

MENDES A, LOUVISON M. **O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS.** Saúde soc. 2015; p. 393-402.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOTA, A. E. [et al]. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 2 ed. – São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

NETTO, J. P. **Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil.** Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n.50, 1996.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBES / Jairnilson Silva Paim.** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

RIBEIRO, M. C. S. A. et al. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003.** Ciências Saúde Coletiva, n. 11 v. 4, 2006, p. 1011-1022.

ROSA, Wânia Westphal. **A atuação do Serviço Social no contexto hospitalar: as demandas relativas ao tratamento fora de domicílio.** Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) - Curso de Serviço Social. Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2009.

SANTOS, A. M. dos. ASSIS, M. M. A. **Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários.** Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional. v. 13, v. 2, . 400-422, Taubaté, SP, Brasil, mai-ago/2017.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa.** Campinas: Editora Saberes, 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. Rede interfederativa de Saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS.** Campinas: Saberes Editora, 2013.

SILVA, Edson Coutinho da; GOMES, Mara Helena de Andrea. **Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais** *Saúde soc.* [online]. 2013, vol.22, n.4, pp.1106-1116

STARFIELD B. **Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”**. In: Starfield B, organizador. *Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; ARAÚJO, E. C.; FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, H. G. **O contexto político-administrativo da implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v.9, n.1, p.79-84, 1993.

TEIXEIRA, Carmem. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, BA, 2011.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. de and VIACAVA, Francisco. **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003**. *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2006, vol.11, n.4, pp.975-986.

VIEGAS, S. M. da F., PENNA, C. M. de M. **O SUS é universal, mas vivemos de cotas**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.1, pp.181-190.

6 APÊNDICE

6.1. APÊNDICE A– Entrevista realizada na Casa de Apoio

- PERFIL DOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES

- Idade do acompanhante e do acompanhado
- Município de origem (Distância do município a Salvador)
- Escolaridade
- Qual Doença ou problema de saúde vem tratar? Acompanhante sofre de alguma doença crônica?
- Recebe algum benefício (BPC, Bolsa Família, pensão, aposentadoria)?
- Tem filhos? (Idade destes)
- Quantas pessoas vivem na casa onde reside? Todos trabalham? (Identificar estudantes, se desempregados, se aposentados, se em trabalho formal ou informal)
- Como é casa onde moram? (Saneamento básico, água encanada, luz elétrica e etc.)

- EXPERIÊNCIA EM RELAÇÃO AO TFD E AO TRATAMENTO DE SAÚDE FORA DO MUNICÍPIO DE ORIGEM

- Como foi a trajetória da descoberta da doença até chegar em Salvador?
- Como vem a Salvador?
- Você sabe o que é o TFD? Como conheceu?
- O que o TFD do município disponibiliza (Casa de Apoio, Auxílio Alimentação, Passagem, carro, ajuda de custo) Como você avalia esses recursos (Enfrenta dificuldades para vim para salvador e voltar para casa, em relação ao recurso de transporte, ao acesso aos benefícios disponibilizados) ??
- Como você entra em contato com o TFD do seu município?
- Quem cuida da casa quando está em Salvador?
- Como você avalia a sua estadia em Salvador?
- Qual a maior dificuldade enfrentada no tratamento de saúde fora do seu município?
- Como é para você estar longe de casa?
- Como é para você estar distante da família?
- O que poderia ser feito para que a sua situação estando aqui em Salvador pudesse melhorar?

6.2. APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos a (o) Sra. (o) para participar da pesquisa intitulada “Tratamento Fora de Domicílio (TFD): entre o direito, o benefício e o artifício”. O objetivo desta pesquisa é “evidenciar a realidade dos usuários do TFD, provenientes de diversos municípios da Bahia, quando em tratamento de saúde na cidade de Salvador”. Esta pesquisa se justifica porque visa falar sobre a dificuldade de acesso a tratamento ambulatorial e hospitalar em diversos municípios da Bahia, o que obriga os cidadãos e cidadãs a percorrerem grandes distâncias e se afastarem das suas residências para realizar tratamento de saúde em Salvador, gerando muita dificuldade para essas pessoas e suas famílias.

A (o) Sra. (o) poderá expor quaisquer dúvidas sobre esta pesquisa, em qualquer momento de seu interesse, às quais buscaremos responder da melhor forma possível. A(o) Sra.(o) terá total liberdade para retirar este consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo para si ou para terceiros. Informamos, ainda, que não haverá nenhuma remuneração para sua participação nesta pesquisa.

A proposta de pesquisa foi planejada de forma com que os danos e os riscos sejam os mínimos possíveis, contudo, sabemos que a participação neste estudo poderá ocasionar cansaço ou desconforto ao responder às perguntas e quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional. Para diminuir esses riscos de cansaço ou desconforto, a entrevista será realizada em local reservado e a (o) será(o) tem a liberdade para não responder questões que possam lhe causar desconforto. A pesquisadora ficará atenta aos seus sinais de cansaço e desconforto e a entrevista será suspensa a qualquer tempo, caso isso aconteça.

Para minimizar os riscos de uma involuntária e não intencional quebra de sigilo, todas as informações que possam identificar a(o) será(o) serão eliminadas, todas as entrevistas ficarão sob responsabilidade da pesquisadora e no trabalho final e

possíveis publicações será atribuído um nome imaginário a(o) Sra.(o), bem como à instituição co-participante (Casa de Apoio da Associação Solidariedade de Grupo de Apoio (ASGAP) para garantir sua privacidade e confidencialidade das informações fornecidas pela (o) Sra. (o) durante a entrevista.

É garantido que a sua identidade será preservada e todas as informações prestadas pela (a) Sra.(o), será confidencial, mantendo-se sua privacidade. Garantimos ainda, que esta pesquisa está em consonância com as resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e que, portanto, busca garantir os critérios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, respeito, igualdade e equidade, além da garantia do zelo das informações e que o material será utilizado somente para fins desta pesquisa e será conservado, em local seguro, pelo prazo de 05 (cinco) anos.

Sua participação ocorrerá de forma individual, com a utilização de entrevista semiestruturada. A pesquisadora orientadora responsável por este projeto de pesquisa é a Sra. Geyse Clea Silva de Miranda e a pesquisadora responsável pela coleta de dados é a Sra. Chaiane Souza Conceição, que podem ser contatadas pelos telefones (71): 3283-6433 e 3283-6437.

Salvador, _____, de _____ de 2018.

Nome e RG da participante: _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora:

Comitê de Ética em Pesquisa – Instituto de Psicologia – UFBA

Rua Aristides Novis, 197, Estrada de São Lázaro, 40210-730, Salvador, BA.