



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE VISITAS HOSPITALARES DE UMA OPERADORA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS: LIMITES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS

Débora Cristina da Silva¹

Resumo: A pesquisa trata da avaliação do Programa de Visitas Hospitalares de uma Operadora de Saúde no setor privado, a partir da percepção de quatro profissionais, durante o estágio curricular obrigatório da autora, realizado entre os anos de 2011 a 2013. O objetivo do estudo foi analisar a efetividade das ações do Programa, os limites, as potencialidades, os avanços e os desafios enfrentados.

Palavras-chave: Programa de Visitas Hospitalares; Saúde Privada; Operadora de Saúde.

Considerações Preliminares

No Brasil, a opção por um sistema de saúde misto (público e privado) foi assumida em parte pela incapacidade de prover serviços públicos de saúde para todos. Esse sistema misto de saúde resultou na situação em que cerca de 20% da população brasileira tem além do direito de acesso ao serviço público, acesso a serviços de saúde providos por planos e seguros de saúde privados, e a rede pública tem dificuldades em atender, confortavelmente, os 80% da população que dependem exclusivamente do sistema público de saúde.

O que se verifica na prática é uma reinterpretação do princípio universalista aprovado na última Constituição, que na realidade, ao invés de funcionar como um mecanismo de inclusão social se mostrou focada aos grupos de menor renda da população, já que os segmentos que têm condições de optar por serviço de acesso mais fácil são absorvidos pela medicina suplementar. O setor público procura demarcar um campo de complementaridade. Assim, o setor privado de saúde suplementar aposta no insucesso do SUS como estratégia de viabilizar-se ainda mais, beneficiando-se do processo de universalismo excludente (Faveret e Oliveira 1990).

Nestas duas últimas décadas, sedimentou-se um perfil híbrido, ou no mínimo paradoxal, das políticas de saúde. Ao mesmo tempo em que se conseguiu inscrever nos textos constitucionais, alterações vinculadas a um modelo concernente aos princípios da reforma sanitária, se consolidava na prática uma tendência de política social de

¹ Estudante de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, E-mail: dehboracs89@gmail.com.

características residuais e segmentarias com a consolidação de um setor privado de saúde suplementar.

Frente a isso, a escolha por abordar o tema derivou das contradições e indagações emergidas no âmbito do trabalho, desenvolvido enquanto estagiária de Serviço Social no Programa de Visitas Hospitalares. Motivando a escolha da pesquisa que teve como objetivo, identificar as ações do programa, os limites, as potencialidades, os avanços e os desafios enfrentados pela equipe.

A atuação do Serviço Social na Saúde Privada

Com a reestruturação produtiva, os anos 1990 são marcados por diversas mudanças, que segundo Carvalho (2010, p. 19) surgem, “na gestão e organização do trabalho, mudanças nos acessos aos direitos e benefícios oferecidos pelas empresas ao conjunto dos trabalhadores”.

Conforme Secco (2006, p. 18), “a década de 1990 foi marcada pela expansão do setor privado nos chamados serviços públicos, como previdência, educação e incluindo a saúde aos cidadãos”.

É nesse contexto que o Serviço Social entra em cena nas operadoras de saúde, para intermediar não apenas os trabalhadores da saúde suplementar, mas principalmente para auxiliar nas demandas e garantir a satisfação dos beneficiários. Na maioria das vezes, a instituição contratante busca um profissional com o objetivo de intermediar os conflitos interpessoais entre instituição e beneficiários, além de atuar na implementação, execução ou avaliação de projetos e programas. Soares (2007, p. 5) afirma que,

[...] os (as) assistentes sociais estão se inserindo nas operadoras de saúde, por requisição destas, com o objetivo de garantir a satisfação dos usuários, com o menor custo possível, trabalhando no atendimento aos usuários, atuando nas mediações, nos conflitos orientando sobre direitos e deveres, visando à utilização racional dos serviços oferecidos pelo plano de saúde.

No entanto, cabe ressaltar que mesmo o profissional, com sua autonomia relativa, pode e deve usar de estratégias para não suprir apenas as demandas da instituição, mas atuar em busca de garantia dos direitos dos usuários e buscar suporte nas redes socioassistenciais e nas políticas públicas, além de embasar-se nas legislações vigentes, no código de ética profissional e na Lei de Regulamentação da profissão. Soares (2007, p. 6) coloca ainda que,

[...] estes profissionais, mediante postura ética e condição técnica podem colaborar com a defesa dos direitos dos usuários, assumindo vínculo com os interesses dos

mesmos, percebendo a saúde não apenas como uma mercadoria, mas acima de tudo como direito.

Dessa forma, o profissional não deve deixar de lado a postura ética para, assim, atuar de acordo com o projeto ético-político da profissão. De acordo com o CFESS (2009, p. 38),

O profissional precisa romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, procurando buscar a investigação da realidade a que estão submetidos os usuários dos serviços de saúde e a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida dos mesmos e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação [...].

De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2009), as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais devem ultrapassar o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa. Outra preocupação existente é a de que o atendimento do profissional não se torne um atendimento psicoterapêutico aos pacientes e seus familiares, mas que potencialize a ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos seus direitos. Tanto no âmbito da saúde suplementar, na garantia de direitos contratuais, orientações e encaminhamentos para programas da própria operadora de saúde, como no âmbito público através da relação com as políticas sociais.

O Programa de Visitas Hospitalares

O Programa de Visitas Hospitalares encontrava-se inserido em uma instituição de saúde privada de Florianópolis, composto por quatro membros: **Gerente** do departamento, **Líder** da equipe, **Assistente Social** e **Estagiária de Serviço Social**. Como na operadora de saúde não havia um setor específico do Serviço Social. O programa estava inserido em um departamento que possuía atendimento direto ao cliente.

Em outubro de 2011 o Projeto de Humanização no Atendimento Hospitalar, como era chamado desde sua implantação em 1999 e posteriormente denominado de Programa de Visitas Hospitalares, começou a ter a contribuição do trabalho de mais uma profissional do serviço social e então foram retomadas as visitas nos hospitais e clínicas.

A necessidade de retomá-lo se deu a partir da solicitação da auditoria médica. Os próprios médicos auditores que trabalhavam na operadora, sentiram a necessidade do programa ser reativado reconhecendo de certa forma a atuação do Assistente Social como essencial para o trabalho interdisciplinar.

Seus objetivos, público alvo e instrumentos foram novamente reformulados:

- Prestar assistência aos clientes e familiares, através de informações socioeducativas, abrangendo também informações contratuais, de serviços e programas, bem como orientações sobre políticas públicas;
- Conscientizar a família do paciente hospitalizado da importância de sua participação durante o tratamento;
- Quando necessário intermediar nas situações de conflito paciente/hospital, paciente/família e paciente/operadora de saúde e quando possível promover o processo de desospitalização.

O programa de Visitas Hospitalares, além de trabalhar na busca pela qualidade de vida de seus pacientes internados, tinha seu foco em três eixos: *a Gestão de Casos, a Fidelização do Cliente e a Humanização no Atendimento*. Em seguida será detalhado cada um desses eixos.

Gestão de Casos - principal objetivo a desospitalização do paciente de longa permanência. Dentro da operadora de saúde havia um grupo multidisciplinar que realizava o levantamento das informações, planejava, implementava, coordenava, monitorava e avaliava as opções e serviços necessários para atender as necessidades do indivíduo e reduzir custos assistenciais da operadora. Pois o valor de uma internação de longa permanência na maioria das vezes é muito mais alto, do que o paciente continuar seu tratamento em domicílio sendo acompanhado, por exemplo, por um programa de Atenção Domiciliar.

Dentro da operadora a gestão de casos acontecia da seguinte forma: o paciente que estivesse internado por sete dias ou mais, já era considerado de longa permanência pelo programa. O paciente com quadro clínico estável era discutido em grupo com os demais profissionais das diversas áreas da operadora, como: Atendimento Domiciliar, Medicina Preventiva, jurídico, auditoria médica etc. e eram pensadas sugestões em conjunto, como o exemplo citado acima, além de realizar encaminhamentos do que seria necessário ter durante esse acompanhamento (ex: medicamentos, sessões de fisioterapia).

Fidelização do Cliente - através dos serviços disponibilizados pela operadora, o objetivo era de que o cliente permanecesse satisfeito tentando, de forma estratégica, surpreendê-lo. No caso do Programa de Visitas Hospitalares, tratava-se de um serviço que não estava disponibilizado contratualmente, mas que o cliente hospitalizado era visitado e que realizava orientações socioeducativas.

Humanização no Atendimento - a humanização no atendimento hospitalar pode ser entendida segundo Vaitsman e Andrade (2005, p. 608) como, “[...] a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde”.

De acordo com a Cartilha Direitos do Paciente (2008) é garantido o acesso a documentos, informações, direitos, benefícios previdenciários, entre outros e a Carta dos

Direitos dos Usuários da Saúde (2007, p.1) que, “[...] assegura ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados”.

A humanização no âmbito hospitalar deve ocorrer de forma com que todos os profissionais da instituição (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, equipe administrativa etc.) estejam preparados para exercer diante das relações que estabelecem com os pacientes.

Apresentação e Análise dos Dados

Para dar encetamento à análise, na primeira questão é indagado se a entrevistada acredita que o Programa de Visitas Hospitalares pode contribuir com a fidelização do cliente, já que o profissional vai ao encontro do cliente hospitalizado sem muitas vezes ser solicitada essa visita.

Todas as entrevistadas foram unânimes ao responderem que o Programa de Visitas Hospitalares contribuía para um dos focos do programa que era a *fidelização do cliente*.

Sim, pois através da visita hospitalar é possível viabilizar o acesso dos clientes e seus familiares aos programas e serviços que a operadora disponibiliza [...] o profissional se insere como mediador entre a prestadora de serviço e os seus clientes [...]. Com a garantia de satisfação dos clientes, a empresa poderá ainda mais, melhorar sua imagem no mercado e dessa forma, manter compromisso e responsabilidade com seu público interno e externo, conquistando a sua fidelização.
(Entrevistada 4)

As falas demonstraram pontos preocupantes, apesar de haver limitações institucionais muito grandes, o assistente social não deve se deixar levar somente pelo que é solicitado pela instituição. Deve haver a preocupação em estar atuando de acordo com o projeto ético-político da profissão, não deixando de lado os objetivos da atuação do assistente social de acordo com suas atribuições e competências. Nas falas foi explícita a intenção de conquistar, encantar o cliente e assim conseguir se destacar entre as concorrentes.

Sobre os dados da próxima questão, no qual é colocado que o Programa tinha como um dos focos a humanização, se questionava de que forma esse ponto devia ser trabalhado com os clientes hospitalizados.

Cada entrevistada respondeu sobre o que consideravam como humanização, umas com pontos mais detalhados, outras de forma mais objetiva.

*Pensando na atual realidade em que a operadora de saúde ainda não tem um hospital próprio, os nossos pontos mais fortes no sentido da humanização que se consegue trabalhar são: **Escuta:** [...] por levarmos em conta a sua individualidade, percebem que não são considerados apenas como mais um paciente que está*

*internado. Somente com o fato de abordá-los, chamando-os pelo nome e com entendimento dos direitos contratuais, sentem-se seguros em saber que administração da operadora de saúde sabe onde ele está, está oferecendo atenção e interessados pelo seu bem estar. **Disponibilizar em auxiliar o cliente nas questões burocráticas:** (encaminhamentos, processos de autorização, reclamações, serviços etc.). **Trabalhar a conscientização e orientação familiar e dos pacientes sobre os processos de cura e de cuidados paliativos e a nova condição.** O que seria isso? É um trabalho de orientação das famílias sobre a importância do papel que eles têm no processo de cura ou de cuidados paliativos do paciente e a nova condição em que muitas vezes vão para casa. [...] os laços afetivos, a convivência familiar e a atenção são fatores determinantes para a recuperação do paciente. O trabalho de conscientização também ocorre com o próprio paciente, em entender que também é possível se ter qualidade de vida, mesmo com uma nova condição de vida. (Entrevistada 2)*

Nessa questão é possível perceber que apesar de as entrevistadas serem profissionais de diferentes setores, o olhar sobre a humanização é o mesmo. Segundo Giordani (2008, p. 16) os profissionais da saúde,

Devem ter em mente que o assistido busca não apenas o alívio de sua dor física, mas alguém com formação profissional que seja capaz de se interessar não por sua doença, e sim por sua pessoa, que se encontra adoentada. Deve procurar amenizar-lhe os medos e outras formas de sofrimento demonstrando boa vontade e interesse em ajudá-lo [...]. Na prática, ele espera encontrar profissionais acolhedores que o escutem, respondam respeitosamente às suas dúvidas, estendam-lhe a mão e transmitam segurança, alguém, enfim, que não o faça se sentir discriminado, diminuído, sozinho, ameaçado ou desamparado, receoso por colocar sua vida em mãos de pessoas estranhas a si.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2007) traz como direito do paciente a seguinte afirmação, “o paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas”. Ou seja, além de todos os pontos levantados durante as entrevistas referentes à humanização no cuidado com os pacientes hospitalizados, o respeito é um instrumento fundamental para que o atendimento seja realmente efetivado.

Dando continuidade à exposição dos dados coletados, apresenta-se a questão referente à gestão de casos, indagando se as profissionais acreditavam que o Programa contribuía para a desospitalização dos clientes, através das orientações que eram realizadas sobre o programa de Atenção Domiciliar e os encaminhamentos que eram feitos para a Medicina Preventiva.

Todas as entrevistadas acreditavam que sim, o Programa contribuía para o processo de desospitalização e quando esse processo não era possível de ser realizado, o Programa contribuía no acompanhamento dos pacientes de longa permanência através das visitas hospitalares, além de divulgar os programas internos da operadora de saúde.

Sim, [...] o Programa contribui efetivamente de forma positiva na desospitalização, considerando que grande parte dos clientes não possui conhecimento sobre os programas e serviços oferecidos pela operadora. (Entrevistada 4)

Destacavam também a importância do trabalho multidisciplinar, a necessidade de ter um grupo multidisciplinar que realizasse o levantamento das informações, planejasse, implementasse, coordenasse, monitorasse e avaliasse as opções e serviços necessários para melhorar a qualidade de vida e atender às necessidades do indivíduo.

Na próxima questão foi indagado às entrevistadas se o trabalho que era desenvolvido através do Programa, não só com os clientes hospitalizados, mas também com acompanhantes/familiares podia contribuir para que o foco do programa (gestão de casos, fidelização do cliente e humanização) fosse alcançado.

Sim, [...] através das visitas é possível constituir um instrumento facilitador na abordagem, possibilitando agregar novas informações, para criação e avaliação de políticas de atendimento, proporcionando a humanização e sinalizando pacientes para o programa de Assistência Domiciliar e da Medicina Preventiva. (Entrevistada 4)

Como demonstra a fala da entrevistada 4, a possibilidade de utilizar um instrumento que é a abordagem com o intuito de promover uma relação. Resgatando a atenção, a curiosidade e até a confiança de quem é abordado através das informações que poderão ser passadas, faziam com que as entrevistadas acreditassem positivamente.

Outra questão da entrevista, indagava sobre a importância do Programa de Visitas Hospitalares para o atendimento em saúde ao cliente hospitalizado.

Todas as entrevistadas trouxeram como resposta principalmente um dos focos do programa, a humanização. Pois sinalizavam que a importância para o atendimento em saúde desse cliente que se encontrava hospitalizado e era visitado, era o acolhimento, a disponibilização de profissionais de serviço social, para além de acolher, orientar o paciente sobre seus direitos, acessos, serviços, tanto referente à esfera privada quanto à esfera pública. Além de muitas vezes essas orientações e ações realizadas serem passadas também aos familiares, o que já foi discutido na questão anterior. Não deixando de lado a questão da satisfação também desse cliente que está utilizando os serviços da operadora, mesmo que seja realizado em hospitais credenciados e não em um hospital próprio ainda, essa relação de satisfazer o cliente era nítida e importante para a continuidade dos serviços da empresa.

Quando questionadas se consideravam importante as visitas serem realizadas por uma profissional e estagiária do Serviço Social e o porquê, todas as profissionais

entrevistadas mencionaram considerar importante as visitas serem realizadas por profissional e estagiária do Serviço Social.

[...] considero importante e coerente que as visitas sejam realizadas por um profissional e estagiário do serviço social porque o objetivo do programa é prestar assistência social, propor um atendimento humanizado e fazer orientações socioeducativas ao paciente hospitalizado. O profissional do serviço social tem competências necessárias para realizar ações de orientações socioeducativas para que o paciente se entenda como sujeito de direitos. [...] sujeito de direitos em duas esferas, no segmento de saúde privada e no público. Na condição de cliente a assistência se dá por meio de orientações e encaminhamentos em detrimento do cumprimento das cláusulas contratuais e regras da operadora do plano de saúde e assistência. O atendimento humanizado se dá pela compreensão e clareza de que o indivíduo não deve ser tratado de forma segmentada. O respeito e a busca pela assistência voltada para a condição integral do paciente como pessoa requer uma visão profissional em analisar os aspectos psicossociais, econômicos, culturais etc. (Entrevistada 2).

O Serviço Social busca em sua atuação profissional superar os limites da demanda institucional através de ações mediadoras da política organizacional, das relações sociais e das dimensões teórico-metodológica, técnico-operativo e ético-política da profissão. Além de buscar garantir as necessidades básicas dos usuários, dentro da operadora de saúde, o assistente social procura ainda, garantir a qualidade dos serviços prestados.

De acordo com Iamamoto (2004, p. 31),

Os projetos levados a efeito por organizações privadas apresentam uma característica básica, que os diferencia: não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores.

Isto quer dizer que, apesar de o Serviço Social no âmbito privado buscar a garantia das necessidades dos usuários, este usuário só é atendido e tem seus direitos garantidos porque se torna cliente, pois paga para ter acesso a tal serviço. Esse profissional consegue orientar, mostrar os direitos ao usuário - que paga por um serviço que deveria ser universal - em busca de tentar fornecer um atendimento adequado e os direitos respeitados.

Dando continuidade à análise, a próxima questão indaga sobre o trabalho do profissional de Serviço Social dentro do Programa de Visitas Hospitalares.

Nas falas das entrevistadas 2 e 3 é perceptível a preocupação de se ter um profissional que consiga desenvolver ações atendendo aos interesses de todas as partes, com uma visão mais ampla, que entenda e cumpra as regras institucionais, mas, que ao mesmo tempo, não deixe de atuar embasado no Código de Ética da profissão.

[...] desenvolvimento do programa é comum se estar permeando os interesses de todas as partes envolvidas: cliente; familiares; médico cooperado; operadora de saúde; prestadores, ou seja, uma atuação extremamente estratégica, onde a ética profissional é latente na forma de conduzir os problemas emergentes (Entrevistada 2).

Assim, essa questão da importância desse profissional ter essa visão mais completa, né? Talvez, se fosse outro profissional, ele se limitaria a uma orientação de um supervisor, de um superior e ele não teria a condição de ter essa abrangência. (Entrevistada 3)

As entrevistadas também trouxeram pontos, como as estratégias utilizadas para que ambas as partes pudessem ser atendidas (operadora e cliente); e por isso a diferença de ser um profissional de Serviço Social à frente desse programa, para que não fossem contempladas apenas as solicitações da operadora, mas também a garantia do que estava ao alcance dos clientes, e que muitas vezes não era divulgado.

Para responder ao próximo assunto e conseguir alcançar um dos objetivos dessa pesquisa, foi analisada a questão em que são indagados, quais os limites, as potencialidades, os avanços e os desafios enfrentados frente ao Programa.

Cada entrevistada trouxe o que na sua realidade era mais visível como limites, avanços e até, às vezes, sugestões de melhoria.

A entrevistada 4 referiu-se aos limites destacando o número reduzido de profissionais para atuar no Programa de Visitas Hospitalares. E a falta de leito hospitalar também era algo latente, pois mesmo a operadora de saúde que possuía uma unidade apenas para atendimento infantil, não possuía nesse espaço uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), então se recorria em casos de urgência e emergência ao hospital público da região. E mais uma vez ocorria o que já havia sido explicitado, o mix do setor público com o setor privado, a relação de dependência das operadoras de saúde principalmente com relação à falta de leito em hospitais de média e alta complexidade que conseguissem atender principalmente a parte da pediatria.

Referente às potencialidades, a entrevistada disse ainda que era preciso que mais programas fossem desenvolvidos na Medicina Preventiva, para que fosse reduzido o índice de sinistralidade, ou seja, a entrevistada 4 concordava com a entrevistada 1 quando falava sobre ações que envolviam a prevenção. Já que, em muitos casos, as patologias que se agravam ao longo do tempo podiam ser prevenidas com os programas da Medicina Preventiva, reduzindo os gastos com internações. É nítida a preocupação com os gastos da empresa, já que se o número de internações se elevar significativamente e a adesão aos planos continuar sem saltos relevantes, a operadora correria riscos e poderia deixar de existir por não atingir o lucro esperado.

Outra potencialidade que a entrevistada colocou foi durante o processo de desospitalização: que houvesse um grupo multidisciplinar realizando as visitas, pois a visita era realizada pela equipe apenas quando o paciente já estava com previsão de alta, criando, muitas vezes, expectativa tanto para o paciente quanto para os familiares; e às vezes o

paciente acabava não sendo acompanhado por esse programa por conta de algumas restrições. Esta fala veio de acordo com a fala da entrevistada 2 que como desafio propunha que os critérios do Programa de Atenção Domiciliar fossem reformulados.

Como avanço a entrevistada trouxe ainda a criação das unidades de atendimento adulto e infantil e a previsão de abertura de um hospital próprio da operadora de saúde no ano de 2014. Durante as entrevistas também foi possível perceber a expectativa que havia diante dessa inauguração, já que o objetivo era que os pacientes fossem todos internados nesse hospital, diminuindo assim, as reclamações sobre estrutura e conduta de alguns prestadores de serviços e também amenizar a questão dos conflitos.

Referente aos desafios, manter a parceria com a rede prestadora, hospitais e clínicas, essa relação de dependência era constante com as instituições privadas e filantrópicas e também com o hospital infantil, vinculado a Secretaria Estadual de Saúde.

Quanto aos limites: O número reduzido de profissionais para desenvolver o trabalho de visitas hospitalares X ao número de clientes internados; A falta de leito hospitalar, principalmente na questão da pediatria, pois no momento em que o cliente necessita do serviço, se sente totalmente desprotegido.

Quanto às potencialidades: [...] criação de programas de Medicina Preventiva, reduzindo a sinistralidade e aumentando a satisfação dos clientes; Na intermediação do trabalho de desospitalização através de encaminhamentos com profissionais que detém o conhecimento teórico-prático, para lidar com as demandas apresentadas;

Considerando os avanços: A criação das unidades de pronto atendimento adulto e pediátrico, e a conclusão de um hospital próprio de referência com previsão de término para 2014;

Citando os desafios: Manter parcerias entre rede prestadora hospitalar X operadora, buscando a satisfação contínua do cliente; Atender as reclamações ou reivindicações dos clientes e, posteriormente, dar continuidade para as áreas envolvidas, observando o tempo de retorno conforme determinado pela operadora; Atender as demandas dos clientes que possuem planos de saúde não regulamentados. (Entrevistada 4)

Dessa forma, foi possível perceber que todas as entrevistadas trouxeram limites, potencialidades, avanços e desafios diversos, possibilitando uma aproximação das opiniões do que cada uma considerava mais relevante no contexto do programa.

Para finalizar o processo de análise da pesquisa, na última questão foi indagado se o Programa de Visitas Hospitalares podia ser considerado um serviço efetivo tendo em vista a articulação do âmbito privado com as políticas públicas para a garantia dos direitos dos clientes hospitalizados.

Na saúde pública entendemos que os princípios da Universalidade e Integralidade, estabelecem a articulação entre as diversas instâncias da sociedade civil e o governo que estão envolvidos no planejamento e execução da política de saúde. No caso da saúde privada os direitos e deveres dos clientes são regulamentados por contratos entre os contratantes e prestadores de serviços de saúde, orientados pela Lei nº 9.656, promulgada em 03 de junho de 1998 conforme determina ANS – Agência Nacional de Saúde. Sendo assim, entendemos que essa articulação poderá se concretizar após alta hospitalar, onde o cliente poderá usufruir das seguintes redes de apoio do setor público: CEPON, Farmácia Escola (para disponibilidade de

medicamentos especiais e dieta enteral), Programa de oxigenoterapia domiciliar, programas Ostomizados, Postos de Saúde. (Entrevistada 4)

Na última fala, ficou claro que o entendimento de efetividade também se restringiu apenas ao momento da alta hospitalar. Quando o paciente realmente necessita dessa articulação com as políticas públicas, e por não conseguir tais acessos através da operadora de saúde.

Sendo assim, a partir da análise apresentada aqui foi possível refletir sobre eventuais melhorias e potencialidades, pois mesmo com os objetivos do programa sendo realizado, era necessário que se pensasse na melhoria com intuito de progredir através desses objetivos e serviços.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo apontam, através das entrevistas realizadas com os membros da equipe do Programa de Visitas Hospitalares, que estes veem a efetividade do programa ainda de forma limitada ou que não têm clareza do que é o conceito de efetividade. A efetividade é a avaliação daquilo que foi proposto, no caso, a proposta do programa e o resultado alcançado após a implementação de tal proposta, como forma de definir seu fracasso ou sucesso.

Através da inserção no campo de estágio foi possível perceber que os objetivos propostos estavam sendo cumpridos, dessa forma o programa podia ser entendido como um serviço efetivo. Porém, quando as entrevistadas recebiam este questionamento e tentavam fazer uma ligação com as políticas públicas. Como foi possível perceber, a maioria disse que essa efetividade ocorria apenas no processo de desospitalização.

Ou seja, ainda há necessidade da atuação profissional avançar nas ações que lhe são demandadas, conforme mencionado anteriormente, de acordo com o projeto ético-político da profissão e não apenas conforme as regras institucionais, para que a atuação não se torne mecanizada e alienada. Desse modo, é relevante destacar a importância da pesquisa para que possa ser repensada a atuação profissional e a sua intervenção diante dos espaços sócio-ocupacionais existentes.

Como limites mais latentes apresentados através das falas, foram a falta de profissionais, pois devido ao grande número de pacientes internados e que são clientes da operadora, não há possibilidade de realiza, em muitos casos, um acompanhamento contínuo. Outro limite também mencionado pelas entrevistadas foi a importância da equipe multidisciplinar. As sugestões apresentadas foram no sentido de haver uma equipe multidisciplinar nos prestadores em que as visitas eram realizadas, já que esses espaços

credenciados prestam uma forma de serviços terceirizados para a operadora. Dessa forma, as instituições possuem suas regras tornando muitas vezes inviável a possibilidade de criação de grupos. Entretanto, acredita-se que com a criação do hospital próprio isso pode acontecer.

Sendo assim, a atuação do assistente social dentro do espaço privado é relevante e vem sendo reconhecida ao ganhar mais espaço a cada dia. Nas operadoras de saúde essa relação vem crescendo, o que proporciona a abertura de campos distintos para a atuação desse profissional.

Entretanto, é importante compreender que o profissional não deve restringir sua atuação apenas às demandas emergentes, tornando seu trabalho focalizado. É necessário que o profissional ultrapasse o que lhe é posto institucionalmente e o que lhe é posto através das relações sociais capitalistas. Interligando em sua atuação teoria e prática através do que lhe é trazido sobre os problemas sociais específicos referentes ao seu campo de atuação e, possibilitando assim, uma análise dialética da realidade vivenciada, através de seus movimentos e suas contradições (SIMIONATTO, 2009).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p. (Série E. Legislação de Saúde).

CARVALHO, Rafaella Vargas de. **A responsabilidade social empresarial: um estudo dos encontros nacionais de pesquisadores em Serviço Social**. (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. (Versão Preliminar) Brasília, 2009. 42 p.

FAVERET, P.F.; OLIVEIRA, P.J. A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. **Dados**, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

GIORDANI, Anecy Tojeiro. **Humanização da saúde e do cuidado**. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Editora, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2004. 37 p.

SECCO, Sônia Maria Souza. **A importância da intervenção do serviço social para o cliente internado na rede hospitalar Unimed Florianópolis**. (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

SIMIONATTO, Ivete. **As expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade e sua influência teórico-política.** In: Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. Ed. CFESS, 2009. 760 p.

SOARES, Joseneide Costa. **O trabalho dos/das assistentes sociais em operadoras de planos privados de saúde:** garantia de direitos ou acesso a mercadorias? Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. III Jornada Internacional de Políticas Públicas, São Luís – MA, agosto de 2007. 7 p.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. **Satisfação e responsividade:** formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. In: Ciência e Saúde Coletiva, 2005. p. 599-613. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf> Acesso em 26 de junho de 2013.