

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO – CSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL –
PPGSS**

Fabiana Demétrio

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA SAÚDE PRIVADA:
POSSIBILIDADES E LIMITES**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

Fabiana Demétrio

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA SAÚDE PRIVADA:
POSSIBILIDADES E LIMITES**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edaléa Maria Ribeiro

**FLORIANÓPOLIS
2012**

Fabiana Demétrio

**O EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA SAÚDE PRIVADA:
POSSIBILIDADES E LIMITES**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Florianópolis, 31 de agosto de 2012.

Prof.^a Dr.^a Helenara Silveira Fagundes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Edaléa Maria Ribeiro
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.^a Dr.^a Maria Del Carmen Cortizo
Membro Examinador I
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.^a Dr.^a Tereza Kleba Lisboa (UFSC)
Membro Examinador II
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Ser um empreendedor é executar os sonhos, mesmo que haja riscos. É enfrentar os problemas, mesmo não tendo forças. É caminhar por lugares desconhecidos, mesmo sem bússola. É tomar atitudes que ninguém tomou. É ter consciência de que quem vence sem obstáculos triunfa sem glória. É não esperar uma herança, mas construir uma história...

Quantos projetos você deixou para trás?

Quantas vezes seus temores bloquearam seus sonhos?

Ser um empreendedor não é esperar a felicidade acontecer, mas conquistá-la.

Augusto Cury

Dedico este trabalho aos meus pais: **Pedro e Claudete**. Aos meus irmãos: **Fabricio, Fabio e Fabia**. À minha amiga-irmã **Susi** e à minha amiga e orientadora **Edaléa**. Estas pessoas em diversos momentos desta grande e exaustiva caminhada sempre estiveram do meu lado, me apoiando, e por diversas vezes acreditando muito mais do que eu na realização deste sonho.

Esta conquista também pertence a vocês!!

AGRADECIMENTOS

Agradecer significa, no dicionário Aurélio, **demonstrar gratidão**. E um trabalho acadêmico é uma produção coletiva e individual que não é o fim de tudo, mas sim um processo em que estamos num “constante construir e aprender”. E nesse processo não poderia deixar de fazer alguns agradecimentos especiais a pessoas tão especiais quanto este momento de realização de “um sonho resgatado”: MESTRADO! E, com toda certeza, sem estas pessoas talvez o sonho não se tornasse realidade, ou poderia ter sido mais dificultoso.

Primeiramente agradeço à minha família: Pai, Mãe, irmãos, vó e cunhados, que constantemente foram deixados de lado durante estes dois anos e meio. Mas mesmo assim não deixaram de me apoiar, de acreditar no meu sonho e principalmente de me amar. Em especial para o meu “grande e verdadeiro amor”, meu irmão e parceiro Fabrício: obrigada, maninho por aturar meu mau humor quando não conseguia dar conta do mestrado, meus choros e lamentos, nossas idas “divertidas” para Floripa. Você faz parte desta história. Amo muito vocês! Obrigada por tudo, família!

À amiga, professora e orientadora deste trabalho, Prof.^a Dr.^a Edaléa Maria Ribeiro, que sempre acreditou na realização do meu sonho. Desde a primeira etapa – “o processo seletivo” –, depois acompanhou a minha angústia em querê-la como orientadora, e num primeiro momento não poder tê-la oficialmente. Mas sempre esteve disposta a me guiar e me incentivar, além de ter sido minha mestra no estágio de docência, foi quem me impediu de desistir. E como presente do universo, de uma forma um pouco tumultuada, mas bastante especial, consegui realizar o sonho de tê-la como orientadora. Obrigada pela paciência, pelas discussões, pelas leituras sugeridas, pelas horas que passamos juntas discutindo, corrigindo, construindo/desconstruindo desde a primeira conversa que tivemos como orientadora e orientanda, na ansiedade de fazer algo diferente, angustiadas sobre o que seria possível fazer no curto espaço de tempo que tivemos. Você faz parte deste processo e sou muito grata por isso. Admiro-a muito como pessoa, amiga e profissional. Muito obrigada por tudo!

À minha amiga-irmã Susi, que me acompanhou desde a angústia do dia da prova, da entrevista, do resultado, da promessa de não comer chocolate até o final do ano caso passasse no processo seletivo. Minhas angústias referentes aos trabalhos, à pesquisa, as dificuldades em concluir e, principalmente, a ausência nestes dois anos e meio.

Amiga-irmã, você foi peça fundamental na realização deste sonho e sou muito grata por tê-la na minha vida.

À Vó Almira pela acolhida em sua aconchegante casa, pelos lanchinhos para a hora do intervalo das aulas matinais do mestrado, pelo carinho de sempre. Amo muito a senhora!!

Raquel e Vih, pelas várias noites de estadia e boas risadas, e principalmente pela amizade incondicional de vocês!! Vocês são muito especiais!!

Lili, a nutri amiga do meu coração. Nos conhecemos no meio da caminhada, mas sempre estive ali na torcida e me incentivando a seguir em frente. Obrigada por tudo, principalmente por ter participado da minha banca de qualificação e confirmado presença na banca de defesa.

Meu “melhor-amigo”, parceria em todos os momentos, sejam eles de distração, diversão, alegria ou tristeza, me fazendo rir quando eu gostaria de chorar. Principalmente nesta última etapa, que eu achei que era infinita e não iria acabar nunca, passando a noite em claro me incentivando a terminar logo. Muito obrigada por tudo, sou muito grata por tê-lo na minha vida.

Ao Dr. Celso pela amizade, respeito ao meu trabalho e incentivo para concluí-lo.

Queridas amigas da Unimed, muitas assim como eu, ex-unimed, pela amizade e principalmente compreensão neste período da minha vida.

Aos colegas do mestrado, principalmente umas pessoinhas bem especiais que tive o prazer de poder contar com a amizade, carinho e compartilhar momentos bem agradáveis, Kally (minha amiga linda e loira), Angelita e Lú (um anjo que finalmente me ajudou a concluir este trabalho).

Às minhas amigas “vizinhas”: Bruna e Tete, que aguentaram minhas lamentações e momentos de ansiedade, sempre me incentivando a seguir em frente e me mostrando que estava perto do final.

Aos meus vizinhos-amigos: Maisa e Cleiton, que dedicaram uma parte do seu tempo para fazer o *abstract* desse trabalho. Sou muito grata pela amizade e apoio de vocês.

Aos meus amigos (aqui incluo todos aqueles cujos nomes não mencionei, mas sabem o quanto são especiais), que compreenderam a minha ausência física nestes dois anos e meio, mas com certeza estávamos conectados pelo sentimento. Agradeço pelo esperar, vocês souberam me compreender.

Aos meus colegas de trabalho da Unimed Litoral que compartilharam comigo desta fase da minha vida. Posso dizer que é muito bom saber que existem pessoas que acreditam em um atendimento de saúde humanizado.

Aos meus colegas de trabalho e alunos da Faculdade Avantis que souberam ter paciência com a minha falta de tempo e por algumas vezes tê-los deixado um pouco de lado para me dedicar ao mestrado.

À Unimed Litoral por ter me proporcionado esta experiência profissional da qual resultou meu trabalho final do mestrado.

Aos professores do Mestrado em Serviço Social, pelos conhecimentos repassados e pela concretização do sonho em ter um mestrado em Serviço Social numa Universidade Pública, assim como a minha graduação. Em especial à Professora Teresa Kleba, quem participou da banca de qualificação deste trabalho e fez contribuições enriquecedoras.

À Chris, um anjo que encontrei nos classificados da UFSC e que com toda certeza fez a diferença neste trabalho. Obrigada pelas suas correções, normatizações, formatação e dedicação!

E gostaria de finalizar com o seguinte pensamento de Chico Xavier:

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas, nos auxiliam muito."

Meu muito obrigada a todos!!!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a atuação do Assistente Social nos espaços privados de saúde, mais especificamente na Cooperativa de Saúde Unimed Litoral. Para tanto, resgata o processo histórico de constituição e legitimação da saúde privada no Brasil, por meio das cooperativas de saúde. Com vistas a qualificar a atuação profissional, resgata o período de abril de 2009 a junho de 2011, analisando possibilidades e limites inerentes a esse espaço sócio-ocupacional. A perspectiva crítica norteou a elaboração deste trabalho que privilegiou por uma ampla revisão bibliográfica sobre os temas, saúde privada e exercício profissional no setor privado. Nessa lógica, a partir da análise desenvolvida, destacamos os desafios postos para o Serviço Social, na saúde privada. Sendo o primeiro desafio a compreensão e distinção entre o Projeto Ético-Político e o projeto institucional. Nesse viés, identificar a questão dos limites institucionais e o fato de como o profissional os compreende no intuito de ampliar sua ação. E o segundo desafio está compreendido na direção da efetivação da política de saúde, de garantia de acesso universal para além da questão das condições institucionais disponibilizadas para a execução do serviço, bem como das alianças construídas.

Palavras-chave: Saúde Privada. Serviço Social. Exercício Profissional. Mediação. Limites e Possibilidades.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the role of the social worker in private healthcare, specifically in Unimed Coastal Health Care Cooperative. For that reason, it rescues the historical process of creation and development of private healthcare in Brazil, through health cooperatives. In order to qualify the professional performance, it considers the period from April 2009 up to June 2011, analyzing possibilities and limitations inherent in this socio-occupational space. A critical perspective guided the preparation of this study, focused on a broad literature on the topics of private healthcare and professional practice in the private sector. Following the presented logic and developed from the analysis, we highlight the challenges that stand to Social Services in private health care: the first challenge is to understand and distinguish between the Ethical-Political Standards and Institutional Standards. Within, identify the institutional boundaries and how the social worker professional understands it in order improve his or hers actions. And the second challenge is to understand an implement the health policies, universal guarantee access beyond the institutional conditions, no matter the institutional standards or their alliances.

Keywords: Private Health Care. Social Service. Professional Practice. Mediation. Limits and Possibilities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Municípios de abrangência da Unimed Litoral.....	39
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRANGE: Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CID: Classificação Internacional de Doenças
CNSP: Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU: Conselho Nacional de Saúde Suplementar
DESAS: Departamento de Saúde Suplementar
ENPESS: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
GDC: Gerenciamento de Doentes Crônicos
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
LPS: Lei de Planos de Saúde
MF: Ministério da Fazenda
MS: Ministério da Saúde
PETI: Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
SUS: Sistema Único de Saúde
SUSEP: Superintendência de Seguros Privados
UNIMED: Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
2. A SAÚDE PRIVADA NO BRASIL	27
2.1. Os planos de saúde privados	28
2.2 Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	30
2.3 Os espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na saúde privada.	34
2.4 As cooperativas de saúde enquanto um dos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na saúde privada	37
2.5 Unimed Litoral – Cooperativa de Trabalho Médico da Região da Foz do Rio Itajaí-Açu	38
3. O EXERCÍCIO PROFISSIONAL JUNTO À COOPERATIVA UNIMED LITORAL: POSSIBILIDADES E LIMITES.....	43
3.1. O Serviço Social no espaço privado: algumas contribuições	43
3.2. Relato reflexivo acerca do exercício profissional junto à Cooperativa Unimed Litoral de 2009 a 2011.	47
3.2.1 Atendimento domiciliar (Unimed Lar).....	48
3.2.2 Gerenciamento de Doentes Crônicos (Gdc).....	58
3.2.3 Internações domiciliares.....	60
3.2.4 Busca ativa nos hospitais.....	61
3.2.5 Grupos de educação em saúde.....	61
3.2.6 Atendimento hospitalar (Hospital Unimed Litoral).....	62
3.2.7 Aconselhamento (vasectomia e laqueadura)	62
3.2.8 Suporte ao Atendimento ao Usuário Unimed Litoral	63
3.2.9 Responsabilidade Social.....	64
3.2.10 Supervisão de Estágio Obrigatório	65
3.2.11 Outras demandas	65
3.3 Possibilidades e limites	66
3.3.1 Mediação	66
3.3.2 Direito	69
3.3.3 Ética profissional.....	71
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	79

1. INTRODUÇÃO

A saúde adquire *status* de direito com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Este direito foi referendado pelas demais legislações ordinárias que viriam posteriormente, sendo destaque a Lei n. 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde.

Segundo o texto constitucional, no seu art. 196:

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

Assim, é atribuído ao Poder Público a garantia da universalização do acesso aos serviços de saúde. Porém, as transformações vivenciadas na atual conjuntura, influenciadas pelo modelo de Estado neoliberal, mercantilizam os direitos sociais – dentre eles a saúde – o que compromete, sobremaneira, a cobertura do atendimento. Nesse contexto, as cooperativas de saúde surgem como uma alternativa à prestação de serviços na área da saúde, transformando os indivíduos em consumidores potenciais.

Frente a essa nova realidade, esse trabalho se propõe a responder ao seguinte problema de pesquisa: a necessidade de refletir sobre como o surgimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) colocou novas demandas para a Cooperativa Médica Unimed Litoral, obrigando a contratação de um profissional de serviço social, que no seu exercício profissional precisou construir respostas profissionais diante destas demandas.

Para tanto, esta pesquisa tem como objetivo geral refletir sobre o exercício profissional do assistente social na saúde privada. Nessa direção, alguns objetivos específicos foram delineados, tais como: necessidade de compreender a trajetória da saúde privada no país, principalmente seu papel a partir dos anos 1990; compreender o surgimento da ANS e as implicações desta para a saúde privada; explicitar o exercício profissional no setor privado; refletir sobre como a criação da ANS implicou em novas demandas para a profissão, no setor privado; e, por fim, refletir sobre possibilidades e limites do exercício profissional na saúde privada.

Assim, a justificativa pela escolha do tema se deve:

- À necessidade de refletir sobre a experiência profissional vivida;
- À escassez de bibliografia na área, já que a quase totalidade das reflexões existentes sobre a ação profissional na área da saúde se restringem ao setor público;
- À tentativa de contribuir com o debate e com a qualificação da profissão de assistente social sobre o exercício profissional na saúde privada: seus limites e possibilidades.

A fim de sistematizar o conteúdo, esta Dissertação foi dividida, além desta Introdução, em dois capítulos. O primeiro contextualiza a história da saúde privada no Brasil, aprofundando informações inerentes aos planos de saúde privada e trazendo elementos acerca das mudanças que ocorreram no setor privado com a criação da ANS. Também especifica os tipos de contratos da saúde privada hoje existentes no Brasil e suas implicações que possibilitaram a contratação do assistente social na saúde privada para responder a estas demandas. Além de aprofundar os conhecimentos sobre as cooperativas de saúde enquanto um dos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na saúde privada, mais especificamente na Cooperativa Médica Unimed Litoral.

O segundo capítulo se propõe a relatar a experiência, enquanto Assistente Social, junto à Cooperativa Médica Unimed Litoral, no período de abril de 2009 a junho de 2011. A autora reflete acerca das questões sobre o exercício profissional no espaço privado. Também reforça e discute a demanda motivadora para a contratação deste profissional nesta instituição. E ainda analisa o exercício profissional, a relação com o usuário, a instituição (chefias), as redes (parceiros) e a equipe de trabalho, a fim de problematizar o exercício profissional no espaço privado: suas possibilidades e limites.

2. A SAÚDE PRIVADA NO BRASIL

A proposta deste capítulo é contextualizar a história da saúde privada no Brasil. Isso será feito aprofundando informações inerentes aos planos de saúde privada, trazendo elementos acerca das mudanças que ocorreram neste setor com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) especificando os tipos de contratos da saúde privada hoje existentes no Brasil e suas implicações que possibilitaram a contratação do Assistente Social para responder a estas demandas. Também pretende refinar os conhecimentos sobre as cooperativas de saúde enquanto um dos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na saúde privada, mais especificamente na Cooperativa Médica Unimed Litoral.

Atualmente existem no Brasil dois projetos distintos de saúde: o projeto de reforma sanitária e o projeto de saúde articulado ao mercado, também chamado de privatista. O Projeto de Reforma Sanitária¹ foi construído na década de 1980 e inscrito com a Constituição de 1988. Tendo como uma de suas estratégias o SUS – fruto de lutas e mobilizações dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central tem sido assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e prioritariamente pela saúde. A premissa básica desse projeto consiste em que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado.

Já o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou privatista – objeto de estudo nesta pesquisa – foi hegemônico na década de 1990. Está pautado na política de ajuste fiscal, tendo como principais tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado nesse projeto é apenas fiscalizar a oferta de serviços disponibilizados através da ANS.

Com a promulgação da Lei nº 9.656 em 1998 – criação da ANS – houve mudanças a respeito de coberturas assistenciais, a garantia dos direitos dos consumidores e ao emprego de severa fiscalização estatal através deste órgão regulador. Essa Lei é marco regulatório do sistema privado, pois é a partir desta data que começaram a existir os planos de saúde regulamentados e os não regulamentados, elementos

¹ Mais informações sobre o referido projeto em: BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

motivadores de demandas para o exercício profissional do Assistente Social na Cooperativa Médica Unimed Litoral, foco central deste trabalho.

2.1. Os planos de saúde privados

Na década de 1970, diante da deficiência e inoperância da assistência médica prestada pelo então INAMPS, as empresas se obrigaram a buscar alternativas para garantir a assistência à saúde de seus empregados. Foi neste contexto que surgiram as entidades privadas especializadas na assistência à saúde e que nas décadas seguintes cresceram de forma surpreendente.

De acordo com Silveira (2004), o deslanche dos planos de saúde no Brasil se deu em meados da década de 1970. O diferencial que atraiu a classe média dos tempos do “milagre brasileiro” foi a possibilidade de amplo acesso à assistência médica, pois naquela época era oferecido ao consumidor um leque cada vez maior de opções: os melhores hospitais e laboratórios, os médicos mais conceituados. Essas vantagens eram, além do preço, os grandes trunfos na disputa da clientela.

A primeira operadora de planos de saúde, constituída como Medicina de Grupo, surgiu na região do ABC paulista no início da década de 1960. De acordo com Bahia (2005, p. 426-427), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) criada em 1966, tornou-se um dos principais polos de formulação e debates sobre a defesa do empresariamento da prática médica.

Em seguida surgem as Cooperativas Médicas, na década de 1970, em Santos (São Paulo). Com o discurso contra a mercantilização da prática médica, estas cooperativas eram organizadas por associações médicas, formando então a União dos Médicos (UNIMED). Segundo Bahia (2005, p. 430), a Unimed, “um imaginoso mutualismo que socializa os meios e libera os fins” conciliou a prática médica em consultórios particulares com convênios com as empresas.

Em termos formais, as Unimeds eram abertas à participação de todos os médicos. Consideram ter atendido ao código de ética médica, que veda a exploração do trabalho médico por terceiros com objetivo de lucro, finalidade política ou religiosa e a obtenção e lucro sobre o trabalho de outro médico, isoladamente ou em equipe.

Entretanto, na prática, as Unimeds tornaram-se empresas de comercialização de planos de saúde, com uma rede assistencial baseada nos consultórios particulares dos médicos. De acordo com o

fundador da primeira Unimed no Brasil, Edmundo Castilho², esta foi a alternativa encontrada para que as empresas pudessem ter convênio diretamente com os médicos, garantindo aos seus funcionários a “livre escolha” do atendimento. Mas as cooperativas médicas baseadas na não obtenção de lucro sobre o trabalho médico não obtiveram apoio incondicional das entidades médicas. Mesmo assim, a fórmula híbrida encontrada pela Unimed atraiu o apoio de diversas associações médicas. Com isso, no início da década de 1970, a acelerada expansão das cooperativas médicas nas cidades brasileiras de grande e médio porte refreou o crescimento das empresas de medicina de grupos.

Já nos anos 1990, conforme Silveira (2004), o setor de assistência suplementar à saúde defrontou-se com problemas decorrentes de fatores de ordem econômico-financeira por conta da estabilização da moeda e da queda dos índices de inflação, após o advento do Plano Real, sendo este o fim dos ganhos financeiros. Mediante o exposto, a saúde suplementar perde parte da sua lucratividade e começa a se preocupar com o futuro da saúde privada, investindo em novos planos voltados para outros “tipos de usuários”. Mais especificamente, os outros “usuários” são alcançados com os “planos empresariais”, visando buscar na classe trabalhadora a garantia da sua sustentação através do contrato com as empresas.

Essas mudanças ocorreram porque, conforme relata Neto (2002, p. 42), durante um período de quase 30 anos o setor de saúde privada atuou sem uma regulamentação específica. Várias empresas foram criadas, mas fracassaram, causando prejuízos a consumidores e prestadores de serviços, tendo como consequência inúmeras ações interpostas no judiciário, questionando os contratos celebrados com as entidades privadas.

Assim, ainda na década de 1990, a fim de regulamentar as ações das operadoras de planos de saúde, o Congresso Nacional aprovou a Lei 9.656, de 03/06/1998 – Lei de Planos de saúde (LPS). Nesta, se trata desde a autorização para funcionamento destas empresas até as cláusulas que devem constar dos contratos celebrados com prestadores de serviços e consumidores.

²Edmundo Castilho nasceu em Penápolis, no dia 05 de dezembro de 1929. É um médico brasileiro, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná desde 1956. Foi o responsável pela fundação, em 1967, da União dos Médicos de Santos - SP (Unimed Santos), que deu as bases do sistema de cooperativismo do sistema Unimed.

No texto inicial da lei havia previsão de fiscalização do segmento pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), Autarquia Federal vinculada ao Ministério da Fazenda que até então já era órgão de fiscalização das seguradoras de saúde. Entretanto, no mesmo mês da publicação da referida lei, foi editada a Medida Provisória nº 1.665, inserindo a figura do Ministério da Saúde com atribuições de fiscalização do setor. De lá para cá foram publicadas 44 reedições da Norma Executiva alterando substancialmente o texto original da Lei 9.656/98. Dentre as modificações mais relevantes, destacam-se a transferência completa para o âmbito do Ministério da Saúde as funções de regulação e fiscalização do mercado.

As atribuições que inicialmente cabiam ao CNSP foram transferidas para o CONSU, enquanto que a fiscalização legada à SUSEP passou para a SAS/DESAS. Isso ocorreu até a criação da ANS que se deu em janeiro de 2000 através da promulgação da Lei nº 9.961, outorgando a tarefa de fiscalizar regulamentar e controlar os planos de saúde³.

A seguir falaremos sobre a criação da ANS, a qual ajudará melhor a entender todo o contexto atual da saúde suplementar no Brasil.

2.2 Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A década de 1990 é considerada como a década de construção do marco legal do SUS, pois foi em 1988 com a Constituição Federal do Brasil e a legislação que regulamentou a criação do Sistema Único de Saúde, que a saúde passou a *ser um direito de todos e dever do Estado*. Já o mercado da saúde suplementar foi condicionado à regulamentação específica apenas em 1997, quando a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de Lei de Regulamentação dos Planos de Saúde, como visto no item anterior.

A criação da ANS aconteceu em 28 de janeiro de 2000, com a Lei 9.961, tendo por finalidade institucional: promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as

³ Artigo 1º: É criada a Agência Nacional de saúde Suplementar – ANS, autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro – RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Sendo assim, a ANS passou a assumir definitivamente todas as atribuições de regulação do mercado de saúde suplementar.

De acordo com Barone (2003), a ANS nasce vinculada ao Ministério da Saúde e organiza-se apoiada na estrutura física do sistema de fiscalização do Departamento de Saúde Suplementar do MS/DF (DESA) constituído de Núcleos ou Serviços instalados nos Estados da federação. Segundo a autora, a missão institucional da ANS estabelece o compromisso de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com os prestadores de serviços assistenciais e os consumidores, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento das ações de saúde.

Após a criação da ANS, o acesso das empresas operadoras de planos de saúde privados passou a ser autorizado pela ANS mediante requisitos estabelecidos na Lei 9.656/98 e sua regulamentação. Sendo assim, para delimitar o setor regulado pela ANS, torna-se necessário conhecer as modalidades institucionais existentes no mercado de saúde suplementar do Brasil.

A Lei 9.656, de 03 de junho de 1998, institui as seguintes modalidades e definições:

✓ Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão. Opera produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado. Tem a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica; a ser paga integral ou parcialmente pela empresa contratada pela operadora, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

✓ Planos de saúde são sistemas de prestação de serviços médico-hospitalares, para atendimento em larga escala, com custos controlados. Configura, via de regra, contratação com pré-pagamento e com oferecimento de rede própria, credenciada ou referenciada de hospitais, clínicas, médicos, laboratórios, entre outros. Alguns planos,

no entanto, admitem também a livre escolha de serviços mediante reembolso nos termos definidos em contrato e em tabela de preços.

✓ Já as operadoras, são os fornecedores de planos de saúde que oferecem serviços privados de assistência à saúde, ou seja, são pessoas jurídicas, constituídas sob modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operam os planos de saúde.

No ano de 2000, a ANS, através da RDC n° 39, classificou as operadoras em modalidades, as três principais categorias são:

✓ Medicina de Grupo⁴: os médicos se organizaram em grupos, criando uma estrutura de atendimento, com custos fixos e previsíveis, passando a vender esses serviços do grupo às grandes empresas. Com a edição da CR/88, essas empresas dedicadas à “medicina de grupo”, ampliaram seu campo de atuação dando origem às empresas especializadas em planos de saúde.

✓ Cooperativa Médica: são instituições em que os médicos, além de prestadores de serviços, são também coproprietários; recebem pagamentos na proporção dos atos médicos que realizam a título de “adiantamento” e, no encerramento de cada exercício, também uma participação nos resultados, nas “sobras” das transações realizadas, que podem ser destinadas a fundos de benefício social ou de reinvestimento, de acordo com decisões tomadas em assembleia geral de cooperados. Um exemplo muito conhecido em todo o país de cooperativa médica é a Unimed.

✓ Autogestão: são empresas ou outro tipo de organização como as sociedades civis e fundações, que instituem e administram os planos de saúde de seus empregados, sócios e beneficiários. São chamadas de entidades fechadas, pois ao contrário da medicina de Grupo e das Cooperativas, não estão abertas a todas as pessoas, ao contrário, só prestam assistência à saúde de seus empregados ou associados.

Conforme Bahia, Santos e Gama (2000), o agendado debate sobre a regulamentação dos planos e seguros de saúde teve dois momentos. O primeiro, no início da década de 1990, quando o debate ficou restrito aos meios de divulgação especializados com ênfase em dois pontos: a elaboração de regras para as operadoras e a abertura do

⁴ Como já abordado neste trabalho, foi na década de 60 que os serviços de saúde prestados pelo Estado mostraram-se incapazes de satisfazer às necessidades dos trabalhadores. Neste momento surgiram as empresas especializadas na venda de serviços médicos ao setor industrial.

setor para o capital estrangeiro. Em meados da década de 1990, a agenda se amplia, aparecendo na mídia, e as entidades médicas e de defesa do consumidor assinaram as reivindicações de ampliação da cobertura e controle de preços.

Bravo e Matos (2001) apontam que a nomeação de José Serra para o Ministério da Saúde deslocou as funções da regulamentação que estavam destinadas à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), vinculada ao Ministério da Fazenda, para o Ministério da Saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde transforma-se em um órgão capaz de enfrentar tanto a poderosa indústria farmacêutica, através da normatização dos remédios genéricos, quanto as empresas de planos e seguros de saúde, conseguindo apoio dos meios de comunicação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que são instituições dotadas de autonomia orçamentária e decisória, previstas pelo plano diretor de reforma do Estado, de 1995.

De acordo com Bravo e Matos (2001), a criação dessas agências expressa um fortalecimento do Ministério da Saúde no sentido de ditar parâmetros para atuação dos agentes privados (regulamentação dos preços de medicamentos e planos de saúde) e da derrota do Ministério da Fazenda. Ressalta-se, entretanto, que esse fortalecimento do Ministério da Saúde pouco tem contribuído para melhorar as condições de saúde da população brasileira, para delimitar a base social do financiamento dos planos e seguros de saúde, ou para disciplinar as relações com o setor privado (tanto o contratado como o autônomo).

As regulamentações trazem explicitamente uma contradição, já que ao mesmo tempo naturaliza a concepção de cidadão consumidor, rompendo com o conceito do Movimento da Reforma Sanitária, em que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Isso porque para o Banco Mundial “[...] o papel do Estado é fundamental para o processo de desenvolvimento econômico e social, porém não enquanto agente direto do crescimento, senão como sócio, elemento catalisador e impulsionador desse processo” (BANCO MUNDIAL, 1997, p. 1). Neste sentido, o Estado passa a ser parceiro do mercado, regularizando e aprovando as ações da iniciativa privada, ou seja, a iniciativa privada aparecendo com um novo conteúdo na execução das funções públicas, ajustando neste sentido uma “[...] complementaridade entre Estado e mercado” (SIMIONATTO, 1997, p. 3). Assim, as propostas de normatizações estão coerentes com a contrarreforma em curso no Brasil.

O fato é que com a criação da ANS, segundo Silveira (2004) a regulamentação fortalece o pólo assistencial, exigindo que as operadoras de planos privados de assistência a saúde cubram todas as doenças listadas na Classificação Internacional de Doenças (CID) e ofereça Plano Referência, que não admite qualquer tipo de exclusão ou exceção de cobertura, salvo por opção dos consumidores, que podem escolher adquirir um plano com cobertura assistencial inferior.

Na Cooperativa Médica Unimed Litoral os usuários são “convidados” a migrarem de planos não regulamentados para o regulamentado. Porém, por não entenderem a diferença entre os planos, por uma questão de valor da mensalidade e o fato de “acharem” que o fato de serem “clientes” há mais tempo isso seria um ponto positivo, parte significativa prefere continuar com o plano não regulamentado. Com isso, surgem dois tipos de contratos na saúde suplementar: os contratos não regulamentados (aqueles que foram feitos antes do surgimento da ANS) e os contratos regulamentados (aqueles firmados com a regulamentação da ANS).

Tal situação materializa uma nova demanda para o serviço social na saúde privada: a orientação aos usuários destes serviços sobre a diferença dos contratos e todas as implicações decorrentes disto. Diante do exposto, podemos afirmar que o surgimento da ANS trouxe novas demandas para a saúde privada, demandas estas que exigiam a atuação de um profissional com a qualificação do Assistente Social em cooperativas onde tal realidade se materializa como a Unimed Litoral.

Novas exigências surgem a todo o momento, com portarias criadas pela ANS que obrigam os planos de saúde privado a oferecer diversos serviços. Para suprir as necessidades de cumprimento é demandado ao Assistente Social trabalhar exatamente os conflitos gerados entre a instituição que quer diminuir custos e os usuários que querem garantir os serviços contratados de saúde, com isso, onerando os custos das operadoras de plano de saúde. Daí a pertinência do tema da presente dissertação, que aprofundaremos nos itens que seguem.

2.3 Os espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na saúde privada.

Autores do serviço social como Marilda Iamamoto (2009) destacam que a análise dos espaços ocupacionais do assistente social requer inscrevê-los na totalidade histórica considerando as formas assumidas pelo capital no processo de revitalização da acumulação no

cenário da crise mundial. Para a autora, essas alterações verificadas nos espaços ocupacionais do assistente social têm raízes nesses processos sociais, que são influenciados pelas particulares condições e relações de trabalho prevalentes na sociedade brasileira nesses tempos de profunda alteração da base técnica da produção. É esse contexto que atribui novos contornos ao mercado profissional de trabalho, diversificando os espaços ocupacionais e fazendo emergir inéditas requisições e demandas a esse profissional, novas habilidades, competências e atribuições.

A partir dos dados da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Serviço Social (2005) podemos afirmar que 20,87%⁵ dos assistentes sociais atuam no setor privado, contabilizando um universo de quase 15 mil assistentes sociais atuantes (de um total de 96 mil profissionais em atuação na época da pesquisa). Entre as diversas áreas de atuação no setor privado está a saúde privada, na qual os assistentes sociais atuam em hospitais, fundações e associações vinculadas à área da saúde e nas várias modalidades de operadoras de plano de saúde suplementar, entre estas nas Cooperativas Médicas, no caso deste trabalho, nas Unimeds.

Podemos, portanto, afirmar que parte destes 15 mil profissionais estão atuando na saúde suplementar. Segundo Soares (2007, p 6), o assistente social tem garantido às operadoras de planos privados de saúde a redução de custo através de programas de prevenção e promoção de saúde, normalmente desenvolvidos em grupos, seguindo as orientações da ANS.

É fato que com a criação da ANS a contratação do profissional de serviço social passou a ser mais frequente, diante das demandas que surgiram com o rol de exigências dos usuários da saúde suplementar *versus* os “planos de saúde privados”. Antes da criação da ANS, a maior demanda para o assistente social dentro da saúde suplementar era a questão da Responsabilidade Social, ação que continua demandando intervenção profissional. Entretanto, com a criação desta,

⁵ Somando os dados apresentados pela pesquisa do CFESS em 2005, do qual apresentam: 0,11% dos assistentes sociais em Instituições Paraestatais; 0,11% em Fundações; 0,11% em Cooperativas; 0,54% em instituições de economia mista; 6,81% Terceiro setor (ONGS, OCIPPS, entre outras denominações); e 13% em instituições privadas, levando-se em consideração apenas 1º setor (Estado) e 2º setor (Mercado), a soma dá 20,87% de assistentes sociais atuando no 2º setor (mercado).

a intervenção profissional ampliou seu leque de possibilidades para além da responsabilidade social.

Soares (2003) afirma que a responsabilidade social surge no Brasil como resultado das novas demandas capitalistas derivadas do processo de reestruturação produtiva e da recomposição do movimento operário, bem como fruto de um amplo processo de privatização dos serviços públicos. No Brasil, a propagação da ideia de responsabilidade social das empresas não difere muito da filantropia⁶, na medida em que esta é uma moderna forma de camuflar as novas estratégias de exploração, mascarando as contradições do sistema capitalista. As UnimedS em alguns projetos da área de responsabilidade social seguem nesta perspectiva; porém, é possível encontrar projetos que seguem outra corrente de ideia de responsabilidade social – a de um trabalho comprometido com a garantia de cidadania.

Considerando o exercício profissional do Serviço Social na saúde privada, nos cabe primeiramente mencionar o que Antunes (2007, p. 102) afirma sobre os trabalhadores improdutivos. O autor analisa o assistente social enquanto profissional inserido na divisão sócio e técnica do trabalho – aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço⁷ –, seja para uso público ou capitalista, e que

⁶ A Filantropia era um dos meios empregados pela burguesia para disfarçar ou camuflar a luta de classes, através da ajuda aos pobres (KAMEYANA, 2000, p. 203). A ação social empreendida pelas empresas deve ser interpretada como m investimento estratégico; um comportamento de aparência altruísta, como a doação a uma organização sem fins lucrativos, que atende a seus objetivos particulares. Isto é, na defesa de seus próprios interesses a médio e longo prazos, as empresas estão adotando a prática de apoiar atividades como projeto de proteção ambiental, promoção social nas áreas de educação, saúde, entre outras, visando em última instância, adquirir legitimidade frente ao público consumista.

⁷ Segundo Karsch (1987, p. 25), serviço é prestação de serviço, portanto, atividade útil, valor de uso. Mas a questão da utilidade termina em si mesma, pois vai desde a satisfação das necessidades básicas do homem até toda e qualquer necessidade gerada pelas formas de adaptação, realização ou exigência de vida numa sociedade. Servir a pessoas, servir a processos, servir a produção, servir a grupos ou servir à sociedade confundem porque a tendência é avaliar o serviço pela atividade que cumpre pelo seu conteúdo, pelo que faz e como faz. Fica difícil pretender definir serviço pela homogeneização de atividades, sem recuperar conceitos sobre os ciclos econômicos, as formas do capital e as

não se constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais valia. São aqueles que, segundo Marx (1975), têm seu trabalho consumido como valor de uso e não como trabalho que cria valor de troca.

Já Karsch (1987, p. 28) afirma que a população ativa que realiza atividades potencialmente improdutivoas ou incidentalmente vinculadas ao processo produtivo não pode ser classificada como mão-de-obra improdutivoa, em que pese o critério de Marx de só considerar produtivos os serviços subordinados diretamente ao movimento do capital. Porque ainda segundo a autora, o critério de trabalho produtivo e trabalho improdutivo de Marx (1975, p. 93), embora facilite a compreensão de metamorfose que se opera nas condições em que o serviço é prestado, subordinando-o ao movimento do capital, já não é definitivo, nem suficientemente claro.

Em que pese à polêmica, vamos assumir aqui que o trabalho do Serviço Social é um trabalho improdutivo, consumido por seu valor de uso inclusive no setor privado. É sobre esta ótica que o Serviço Social, dependendo da organização social em que se encontra, sofre as consequências da sua condição de serviço, assumindo competências inclusive como entidade gestora de estratégias administrativas e políticas. Mas sua ação só é desvelada com um exame detalhado de suas atribuições na conformação organizacional em que se localiza. É o que buscamos fazer no presente trabalho, a partir da experiência profissional vivida.

2.4 As cooperativas de saúde enquanto um dos espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social na saúde privada

Como já vimos, em meados da década de 1960, os institutos previdenciários foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com a proposta de democratizar a saúde, com o discurso das más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público. Contudo, abriram espaço para a crescente atuação da medicina de grupo. Essas empresas tinham como principal objetivo o lucro e acabaram por criar a mercantilização da medicina.

Em 1967, de acordo com UNIMED (2012), para combater essa tendência, um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho –

mudanças ocorridas no interior do próprio sistema capitalista, como a passagem de capitalismo competitivo para o capitalismo monopolista.

então presidente do sindicato médico da cidade de Santos – funda a União dos médicos (UNIMED), com base nos princípios do cooperativismo. Surge assim a primeira cooperativa médica do mundo, administrada nos moldes de uma empresa, porém sem fins lucrativos.

Após dois anos, mais de trinta Unimed são fundadas no Estado de São Paulo. Na década de 1970 novas cooperativas médicas são fundadas em diversas cidades do Brasil: surgem as federações, para padronização dos procedimentos e estímulo de troca de experiências entre as Unimed do mesmo Estado. Também nesta década é criada a Unimed do Brasil, confederação que congrega as unidades de todo país.

A partir dos anos 1980 a Unimed entra em uma fase de consolidação e crescimento acelerado na qual cerca de 100 novas cooperativas são fundadas. Em 1999 a Unimed é considerada a maior rede de assistência médica do Brasil, com 90 mil médicos cooperados, 11 milhões de usuários e aproximadamente 364 cooperativas médicas espalhadas pelo território nacional.

Foi em 5 de outubro de 1982 que as três Unimed existentes no Estado de Santa Catarina (Joinville, Florianópolis e Blumenau) fundaram a Federação das Cooperativas Médicas do Estado de Santa Catarina. Após esta data, foram surgindo novas Unimed no Estado, sendo que atualmente existem 24 Unimed em Santa Catarina. Entre estas, fundada em 2 de junho de 1992, a Unimed Litoral – Cooperativa de Trabalho Médico da Região da Foz do Rio Itajaí-Açu –, sobre a qual iremos aprofundar nossa pesquisa no próximo capítulo.

2.5 Unimed Litoral – Cooperativa de Trabalho Médico da Região da Foz do Rio Itajaí-Açu

Em 2 de junho de 1992 foi fundada a Unimed Litoral com sede e administração em Itajaí (Santa Catarina). Na data de sua fundação a Cooperativa contava com 97 médicos e 8.305 usuários, sendo presidido pelo médico Eduardo Marques Brandão.

Atualmente conta com 90 mil usuários, tendo como área de abrangência os seguintes municípios: Barra Velha, Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Bombinhas, Camboriú, Ilhota, Itajaí, Itapema, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Porto Belo e São João do Itaperiú.

Figura 1 – Municípios de abrangência da Unimed Litoral



Fonte: Departamento de marketing Unimed Litoral

Como podemos analisar no mapa, os municípios de abrangência de atendimento da Unimed Litoral têm como principal característica serem cidades litorâneas, as quais atraem muitos turistas no verão, além de muitos aposentados para fixar residência. Com isso o perfil dos usuários do plano de saúde Unimed Litoral constitui-se majoritariamente de aposentados que escolheram a região do Litoral para morar e desfrutar da velhice com qualidade de vida. Isso nos traz o seguinte dado: 9,88% dos usuários do plano têm mais de 60 anos, segundo informação do Setor de Cadastro da Unimed Litoral (2012).

Outra característica relevante da região é a cidade de Itajaí, uma cidade portuária e que possui uma grande concentração de indústrias e fábricas. Por conta disso, o número de planos empresariais – “pessoas jurídicas” – também é bastante significativo. Na totalidade de usuários do plano de saúde Unimed Litoral, 75% são planos pessoa jurídica, os chamados “planos empresariais”. No entanto, do total de planos (pessoa física e jurídica) existem hoje 13% de usuários com plano não regulamentado na Unimed Litoral, sendo 75% deles planos empresariais, gerando assim novos conflitos entre operadora de plano de saúde e usuário.

Em janeiro de 1994 a Unimed Litoral iniciou seus investimentos na estrutura de recursos físicos. Foi inaugurado o Pronto Atendimento 24h, onde são realizados atendimentos médicos de urgência (médico

de plantão) e serviços de enfermagem, como nebulização, curativos, medicação, verificação de pressão arterial, entre outros. No ano de 1996, outro recurso foi inaugurado: o Laboratório Unimed Litoral, que passou a realizar exames de análises clínicas.

A Unimed Litoral conquistou a sua sede própria no ano de 2000, através do Complexo Administrativo Unimed, centralizando os serviços de autorização de exames, plantão de vendas, *Call Center* (atendimento via telefone – 0800), laboratório, financeiro e outros setores de apoio administrativo.

Também no ano de 2000, a Unimed implanta um projeto piloto na área de prevenção à saúde, pioneiro na região, denominado de "Plano Saúde", numa área onde hoje se encontra a Unidade de Medicina Preventiva. A ideia central deste projeto foi criar um espaço onde os usuários Unimed Litoral pudessem usufruir de atividades de prevenção e promoção da saúde, entre os serviços oferecidos estão: ginástica, academia de musculação, grupos de orientação nutricional, de diabetes, de gestantes, de prevenção a problemas na coluna e hidroginástica para reabilitação de pacientes. Todos os grupos e serviços são acompanhados por uma equipe multidisciplinar. O projeto deu certo e dois anos depois tornou-se um novo serviço da Unimed Litoral, atualmente chamado de Unisaúde.

Além destes serviços, este projeto contemplou outros dois serviços: o atendimento domiciliar (UNIMED LAR) e o Gerenciamento de Doentes Crônicos (GDC), os quais originaram a maior demanda para a contratação do Assistente Social na Cooperativa Médica Unimed Litoral.

Na época de implantação destes serviços, o Assistente Social fazia parte do quadro de trabalhadores da Cooperativa que atuava na área de responsabilidade social. Com o início destes serviços, esse profissional foi deslocado para o Complexo de Medicina Preventiva para atender as demandas inerentes destes serviços. Posteriormente o Complexo passou a ser a demanda motivadora para a contratação do profissional do Serviço Social na Cooperativa, pois é nestes serviços que se materializa o conflito entre usuário e operadora de plano de saúde, por conta dos contratos de prestação de serviço.

Em 2003, foi implantado o serviço SOS Unimed, o que ampliou o atendimento aos usuários com um serviço de urgência e emergência domiciliar via orientação telefônica ou no próprio local, através da equipe multidisciplinar de plantão 24h. No ano de 2006 foi inaugurado o novo Pronto Atendimento Médico 24h na cidade de Balneário Camboriú, o que possibilitou ampliar seus atendimentos. Neste mesmo

espaço, em 2008, foi aberto o Centro de Diagnóstico, um ano depois amplia sua estrutura e se fixa também em Itajaí. Em 16 de outubro de 2009 inaugura também em Balneário Camboriú o Hospital da Unimed Litoral, espaço este no qual o serviço social acaba sendo inserido⁸ posteriormente, frente às demandas que apareceram.

Mediante o exposto, percebem-se várias demandas postas para a profissão, na área da saúde privada, em especial junto à Cooperativa Médica Unimed Litoral, demandas estas que vêm crescendo devido aos conflitos oriundos da relação entre cooperativa e usuários.

Para particularizar a discussão sobre o trabalho do assistente social na Cooperativa Médica Unimed Litoral, o próximo capítulo irá tratar do exercício profissional neste espaço com o relato da experiência vivenciada de 2009 a 2011 pela mestrandia, assim como as possibilidades e limites ali postos. A referência principal é o que afirma Alencar (2007, p. 44), que o assistente social participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração, como, ao mesmo tempo, e pela mesma atividade, dando resposta às necessidades de sobrevivência das classes trabalhadoras e da reprodução do antagonismo desses interesses.

⁸ Na inauguração do Hospital da Unimed foram contratados vários profissionais para compor a equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo), porém não foi pensado na contratação de um assistente social por não se entender que este profissional seria necessário em um hospital privado.

3. O EXERCÍCIO PROFISSIONAL JUNTO À COOPERATIVA UNIMED LITORAL: POSSIBILIDADES E LIMITES

Sabemos que o exercício profissional se concretiza a partir de demandas postas à Instituição, sejam elas pelos usuários ou pela própria realidade social. Sendo assim, esta seção do trabalho tratará de elencar e refletir sobre as demandas que se apresentaram durante o exercício profissional junto à Cooperativa Médica Unimed Litoral, no período de abril de 2009 a junho de 2011. Serão analisadas as possibilidades e limites postos ao exercício profissional no setor privado, sua relação com o usuário, instituição (chefias), redes (parceiros) e equipe de trabalho.

Porém, antes de trazer o relato do exercício profissional, faz-se necessário compreendê-lo enquanto uma prática institucionalizada, participe de processos de trabalho, organizados pela instituição empregadora, além de tratar da institucionalização da profissão.

3.1. O Serviço Social no espaço privado: algumas contribuições

Para compreender os desafios postos para o exercício profissional na Cooperativa Unimed Litoral será necessário entender a institucionalização da profissão, a fim de compreender as demandas oriundas da saúde privada para o assistente social. Para Almeida (1996) o Serviço Social enquanto profissão institucionalizada está ligada a uma estratégia do bloco das classes dominantes no enfrentamento da questão social. Assim, a partir da construção histórica da categoria, é possível pensar o Assistente Social enquanto força de trabalho assalariada atuante em instituições públicas e privadas.

Silva (2003) aponta que as instituições são compostas por diversos fatores. Entre eles estão os serviços prestados, as políticas sociais operadas, as entidades que determinam a esfera para a ação profissional, os usuários atendidos, a questão social que emerge das relações conflitantes entre capital e trabalho e o corpo técnico composto por profissionais de diferentes áreas do saber, incluindo os assistentes sociais.

De acordo com Iamamoto (2006), a força de trabalho necessita de meios e instrumentos para ser consumida e transformada em atividade, sendo que quem os fornece é a instituição empregadora, seja ela pública ou privada. Decorrente desta relação, o assistente social possui relativa autonomia teórica e técnica na condução do seu

trabalho, já que os meios e recursos necessários para efetivação do seu trabalho não são de sua propriedade e sim da instituição empregadora.

É importante lembrar que o assistente social no mercado de trabalho brasileiro não tem a mesma tradição de um profissional liberal. Atua como um trabalhador assalariado, ainda que mantenha algumas das características de uma profissão liberal, como uma relativa autonomia, o que lhe garante conduzir a ação profissional a ponto de lhe imprimir um “certo direcionamento”, o que lhe exige compromisso ético e político. No entanto, esta direção não é conduzida de acordo com a sua vontade, mas sim com as condições institucionais postas. Porém, tal condição não pode ser considerada impeditiva do exercício profissional competente. Tendo, pois, na sua trajetória histórica a característica de trabalhador inserido de forma assalariada no mercado de trabalho, o profissional de Serviço Social vende sua força de trabalho especializada a organismos patronais, públicos e privados, já que não dispõe de todos os meios para efetivação do seu trabalho profissional.

O processo de trabalho no qual o Assistente Social encontra-se inserido é composto de diferentes elementos. Entre eles estão os meios e os recursos necessários ao desenvolvimento do trabalho deste profissional, as diretrizes ditadas pelas políticas sociais públicas ou empresariais, as relações de poder institucional, as prioridades políticas estabelecidas pelas instituições, os recursos humanos e financeiros que se possa mobilizar e as pressões sociais. Estes, porém, não podem ser encarados como componentes externos ao trabalho profissional; muito pelo contrário, são elementos intrínsecos ao exercício profissional, sendo fundamental serem plenamente desvelados pelo profissional de Serviço Social, já que incidem no seu fazer profissional.

Almeida (1996) afirma que a competência ético-política e teórico-metodológica do Assistente Social e a realidade sócio-institucional na qual este profissional está inserido são condicionantes intrínsecos que definem a maior ou menor eficiência da ação profissional. Ainda segundo o autor, a possibilidade de mobilizar as condições institucionais, postas de maneira a ampliar os meios de trabalho oferecidos para o exercício profissional, é alcançada por meio da capacidade crítico resolutive do Serviço Social de identificar a realidade sócio-institucional.

Para Yamamoto (2006), é no limite das condições institucionais que se efetiva a ação profissional. A capacidade de leitura e compreensão da realidade posta faz-se condição necessária e

fundamental para que o profissional estabeleça sua intervenção, bem como as alianças que se fazem necessárias junto aos sujeitos sociais envolvidos no processo, sejam eles usuários, profissionais, instituições ou outros.

Sendo assim, a intervenção profissional do Assistente Social está inserida num processo de trabalho, que não é exclusivamente seu e tampouco por ele organizado. Isso porque na condição de empregado assalariado, o Assistente Social tem seu processo de trabalho organizado pela instituição. A função do empregador é de organizar e atribuir unidade ao processo na sua totalidade, articulando e distribuindo as múltiplas funções e especializações requeridas pela divisão social e técnica do trabalho entre o conjunto de assalariados (IAMAMOTO, 2006, p. 107).

O Assistente Social é chamado a compor um processo de trabalho coletivo, organizado pela instituição empregadora, que ganha características associadas às diferentes categorias especializadas que partilham do mesmo processo de trabalho. É compreensão hegemônica na profissão que o Assistente Social realiza suas ações a partir das manifestações imediatas das relações sociais no cotidiano, pois é no dia a dia que se dá a produção e reprodução das relações sociais. Desvendá-lo é também abrir possibilidades para a transformação da realidade posta. Esta proximidade com o cotidiano pelo contato estreito com as classes populares demanda das políticas e programas sociais, aliados a um referencial teórico-metodológico, possibilita uma ação profissional transformadora de acordo com o projeto ético-político que orienta a categoria.

Almeida (1996) destaca que a competência política e teórico-metodológica do profissional é o ponto fundamental para delimitar o alcance da prática profissional. Para tanto, é necessário que o profissional desenvolva um conjunto de habilidades que vão desde o reconhecimento do campo de atuação profissional e suas implicações político-ocupacionais até o domínio dos instrumentos técnico-operativos que serão utilizados para conhecer e intervir na realidade, bem como para sistematizar e refletir sobre a sua própria prática.

Faleiros (2007, p. 65), afirma que:

o processo de ação ou intervenção profissional não se modeliza num conjunto de passos preestabelecidos (a chamada receita), exigindo uma profunda capacidade teórica para estabelecer os pressupostos da ação, uma capacidade teórica para estabelecer os

pressupostos da ação, uma capacidade analítica para entender e explicar as particularidades das conjunturas e situações, uma capacidade de propor alternativas com a participação dos sujeitos na intrincada trama em que se correlacionam as forças sociais, e em que se situa, inclusive, o assistente social.

Portanto, como nos diz Couto (2002), o direcionamento que o Assistente Social imprime ao seu exercício profissional refletirá nos resultados da sua ação. Dessa forma, o Assistente Social *tanto pode* se colocar enquanto viabilizador de programas sociais, *quanto pode* colocar-se enquanto viabilizador de direitos. As ações com programas sociais ocorrem quando um processo de trabalho é vinculado apenas à aplicação de normas burocráticas da instituição e na maioria das vezes à precariedade dos recursos utilizados no serviço público. Já o exercício profissional enquanto viabilizador de direitos ocorre quando o acesso a programas é apenas uma parte integrante do seu trabalho, a ação transformadora. É aqui que o Assistente Social compreende seu espaço de trabalho como elemento essencial para a proposição de políticas públicas que garantam e efetivem direitos sociais.

Mediante o exposto, podemos afirmar que o Assistente Social pode assumir uma postura profissional capaz de contribuir com o empoderamento dos usuários mediante o esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los. Esta postura exige ir além das rotinas institucionais, aprendendo o movimento da realidade – institucional e mais ampla –, detectando tendências e possibilidades nela presentes, passíveis de serem impulsionadas pelo profissional; desenvolvendo-as, transformando-as em projetos e frentes de trabalho (IAMAMOTO, 2009).

Segundo Couto (2002), faz-se condição imprescindível que o Assistente Social conheça profundamente as legislações, bem como compreenda a dinâmica da realidade e os movimentos da sociedade para enfrentar os limites postos ao exercício profissional. É a partir das reflexões realizadas que vamos buscar compreender o exercício profissional na Cooperativa Médica Unimed Litoral, no período de abril de 2009 até junho de 2011.

3.2. Relato reflexivo acerca do exercício profissional junto à Cooperativa Unimed Litoral de 2009 a 2011.

Inicialmente faz-se necessário tecer algumas considerações acerca da escolha da metodologia de trabalho seguida. As escolhas foram guiadas na tentativa de efetivar uma análise crítica acerca do exercício profissional na saúde privada.

No primeiro momento iremos apresentar o relato da experiência vivenciada pela mestrandia na Cooperativa Médica Unimed Litoral. Num segundo momento iremos trazer reflexões sobre possibilidades e limites do exercício profissional no setor privado, tendo como referência a experiência relatada.

O período do relato compreenderá de abril de 2009 a junho de 2011, correspondente ao tempo em que se deu a experiência. Importante reafirmar aqui que a contratação junto à Unimed Litoral aconteceu em decorrência da criação da ANS e consequente regulamentação dos planos de saúde. Na Unimed Litoral surgiu uma realidade muito específica: os planos “regulamentados” e os “não regulamentados”.

Tal situação criou um conflito até então não existente entre planos de saúde oferecidos pela Cooperativa versus usuários. Isso gerou a necessidade da contratação do profissional de serviço social cuja intervenção teve como foco central a mediação deste conflito. As ações desenvolvidas via Programas e Serviços oferecidos pela Unimed Litoral, entre outras, são: Atendimento Domiciliar (Unimed Lar), Gerenciamento de Doentes Crônicos (GDC), Internações Domiciliares, Busca Ativa nos Hospitais, Grupos de Educação em Saúde (Grupo de Gestantes e Diabetes), Atendimento Hospitalar (Hospital Unimed Litoral), Responsabilidade Social (projeto Surf Comunitário, trabalhar com os adolescentes e suas mães através do trabalho em grupo), Grupo de Aconselhamento (atendendo uma normativa do Ministério da Saúde para pessoas que gostariam de fazer laqueadura e vasectomia), atendimento aos clientes Unimed Litoral em caso de dúvidas referentes aos serviços prestados de atendimento domiciliar, GDC e cobertura dos planos regulamentados e não regulamentados, supervisão de estágio obrigatório.

Como já afirmamos anteriormente, a intervenção profissional do Assistente Social está inserida num processo de trabalho. Esta atividade não é exclusivamente sua e tampouco por ele organizada, já que na condição de empregado assalariado, o Assistente Social tem seu processo de trabalho elaborado pela instituição. A função do

empregador é organizar e atribuir unidade a esse processo na sua totalidade, articulando e distribuindo as múltiplas funções e especializações requeridas pela divisão social e técnica do trabalho entre o conjunto de assalariados (IAMAMOTO, 2006).

A seguir vamos relatar cada um destes serviços e programas e a forma como buscamos desenvolver o exercício profissional.

3.2.1 Atendimento domiciliar (Unimed Lar)

O atendimento domiciliar – Unimed Lar – foi criado em meados do ano 2000, com o objetivo de dar assistência aos familiares de pacientes acamados, ou que precisam dar continuidade em alguns tratamentos nos quais irão necessitar do auxílio de uma equipe especializada. Importante lembrar aqui que

[...] uma das alternativas para o enfrentamento da crise do setor saúde tem sido o tratamento dos doentes em domicílio, por meio de programas de atendimento domiciliar desenvolvidos nos âmbitos público e privado. Trata-se de buscar a expansão da assistência hospitalar, através da assistência domiciliar. (ALBUQUERQUE, 2001, p. 3).

Duarte e Diogo (2000, p 9) definem atendimento domiciliar como atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe interprofissional no local de residência do paciente. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos são realizados pelos membros da equipe. A periodicidade das visitas depende da complexidade da assistência requerida.

Segundo Albiere (2003, p 27), a *Associação Nacional de Agências de Saúde Domiciliar e Assembleias de Ambulatórios e Instituições de Assistência Domiciliar da Associação Americana de Hospitais* assumiram a seguinte definição em relação ao serviço de assistência domiciliar:

Serviço de assistência domiciliar é aquele componente abrangente de cuidado à saúde, pelo qual serviços são providos a indivíduos e famílias em seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou restabelecer a saúde; maximizar o nível de independência,

minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo os sem perspectivas de cura. Serviços apropriados às necessidades do paciente individual e família são planejados, coordenados e colocados disponíveis por uma empresa ou instituição organizada para a promoção da assistência à saúde, empregando pessoal especializado, subcontratados ou uma combinação destes.

Ainda de acordo com Albieri (2003, p 28), a assistência domiciliar pode ser oferecida a qualquer idade, porém nem todas as patologias podem ser tratadas em domicílio. Para tanto, é necessário que haja a indicação e a autorização de um médico responsável pelo doente, denominado médico assistente, bem como a família deve estar de acordo e possuir condições, tanto econômicas como sociais para manter e cuidar do doente em casa.

No momento em que é indicada a assistência, a família e o próprio doente precisam estar de acordo, e as condições de atendimento no domicílio precisam ser adequadas para cuidar e receber as orientações necessárias. Nesse sentido, entende-se que, além do doente, se deve também levar em consideração o cuidado com a família – referência central na assistência domiciliar –, pois dela depende toda a estrutura para que o doente possa permanecer em casa e receber o cuidado. A família passa a ser vista como parceira e sem essa condição o atendimento não surtirá resultados positivos e desejados. Toda assistência ao doente é planejada individualmente, pois no momento do atendimento ele é único e requer propostas e planos terapêuticos diferenciados.

No caso do serviço de atendimento domiciliar da Unimed Litoral, assim como das demais operadoras de plano de saúde privada, este serviço não é normatizado pela ANS. Sendo assim, não é “um direito” garantido no contrato de prestação de serviço; seria como “um favor” do plano de saúde para o seu usuário após um período de internação e, com uma indicação médica de cuidados especializados em casa, os quais não necessitam mais de internação.

Como não existe uma portaria garantindo aos usuários de plano de saúde privado o direito ao serviço de atendimento domiciliar, cabe a cada operadora criar suas próprias regras de inclusão e exclusão e a formalização de um contrato de prestação do serviço. No caso do atendimento domiciliar da Unimed Litoral, denominado Unimed Lar,

coube ao profissional de Serviço Social trabalhar as demandas oriundas destas regras de inclusão e exclusão no serviço. Entre as atribuições estão formalizar os contratos do atendimento domiciliar explicando os direitos e deveres dos usuários e operadora, como e que tipo de serviço seria prestado, funcionando como mediador entre usuário/instituição/equipe multidisciplinar.

Na maioria das vezes o atendimento tinha início no serviço denominado “busca ativa” (o qual será explicado em item posterior). Após encaminhamento do médico assistente e a aprovação da família, o paciente – já em sua casa, ou de um cuidador – era incluído no serviço de atendimento domiciliar através da assinatura do contrato e esta inclusão era feita pelo Assistente Social, que explicava o contrato e esclarecia as dúvidas dos usuários.

Vale aqui ressaltar a existência de dois tipos de “usuários” do serviço de atendimento domiciliar e, por consequência, dois tipos de contrato. O usuário Unimed Litoral, o qual era nomeado como “Cliente Unimed Litoral”, e o usuário oriundo de outras Unimed, chamado de “Cliente Intercâmbio”⁹. Os dois tipos de usuários tinham que ser encaminhados por um médico assistente para serem atendidos pelo serviço, que prescrevia o tratamento a ser executado pela equipe com a supervisão do médico do serviço. No caso dos planos empresariais, tinha que ser consultado se a empresa autorizava o serviço. Nos planos de pessoa física o serviço era autorizado automaticamente.

Com relação ao usuário intercâmbio – de outras Unimed –, além de necessitar do encaminhamento de um médico para o serviço, a Unimed Litoral precisava solicitar autorização para a Unimed de origem. Caso fosse autorizado, o serviço era prestado. Caso não, era

⁹ É importante explicitar que a Unimed é uma rede. Cada cooperativa tem diferentes associados, algumas regras diferentes, mas o padrão de atendimento é igual em todo território nacional. E, claro, todas as Unimed seguem as normas da ANS e todas têm os dois tipos de contratos citados no capítulo 1: **o contrato regulamentado e o não regulamentado, e do de pessoa física e de pessoa jurídica (empresariais)**. E quando o usuário de uma Unimed se encontra na área de abrangência de outra Unimed, esta fica responsável pela prestação do serviço mediante autorização, quando este necessita. O único atendimento que não necessita de autorização quando o usuário não está em sua área de abrangência são os atendimentos de urgência e emergência. Os demais além de terem que respeitar a abrangência do plano (regional, estadual ou nacional), necessita da autorização da Unimed de origem para ter acesso ao serviço.

informado ao usuário a negativa. Nesta situação, o tempo do serviço era definido pela Unimed de origem: se ela autorizasse, o serviço era realizado pelo médico assistente no tempo solicitado. Caso autorizasse menos tempo, era prestado o serviço no tempo autorizado e solicitado novo atendimento para concluir o tempo necessário para finalizar o tratamento.

Com relação ao pagamento do serviço, também era algo que devia ser informado e esclarecido. Se o usuário era cliente pessoa física e seu plano era Unimed Litoral, não havia cobrança do serviço atendimento domiciliar: era como se o paciente estivesse internado. Se fosse cliente pessoa jurídica tinha que verificar se a empresa autorizava o serviço e se no contrato do plano do usuário tinha algum custo com internação, ou a empresa era quem fazia os pagamentos. Nos casos de intercâmbio, dependeria da Unimed de origem a autorização e a cobrança. O pagamento do serviço para a Unimed Litoral era de responsabilidade da Unimed de origem, se esta iria cobrar do seu usuário era algo entre usuário e Unimed de origem.

Além do acesso à informação do contratado, também era atribuição do Assistente Social orientar estes usuários atendidos pelo Unimed Lar sobre como conseguir medicações, oxigênio, dieta enteral, materiais para curativos e transporte, via SUS. Isso porque uma vez o paciente saindo do hospital a operadora não tinha nenhuma “obrigação contratual” em fornecer estes materiais e serviços. Sendo a saúde pública um direito de todos independente de ter plano de saúde ou não, cabia ao profissional de serviço social estes encaminhamentos para a saúde pública do município no qual residia o usuário.

Vale a pena mencionar, como já disse Albuquerque (2001), que esta foi uma das formas de barateamento da saúde privada. Como o atendimento domiciliar não é regulamentado pela ANS, não gera “obrigações” para as Cooperativas. Logo, os custos são direcionados para o setor público, numa clara estratégia de barateamento de custos por para destas.

Outra demanda oriunda do atendimento domiciliar era a questão do cuidador. Isso porque para receber o serviço o paciente teria que ter um cuidador e este tinha que assinar um termo se comprometendo a executar os cuidados de acordo com o orientado pela equipe de atendimento do Unimed Lar. Isso muitas vezes era um grande problema que precisava de mediação do serviço social entre família do paciente e equipe do Unimed Lar. Muitas vezes a família não tinha condições socioeconômicas e nem emocionais para cumprir com as solicitações da equipe, que não entendia e acabava rotulando como

maus tratos ou falta de comprometimento da família com os cuidados do paciente. Em uma das cláusulas do contrato, caso a família não cumprisse com as orientações da equipe, o serviço seria suspenso. Logo, na maioria das vezes cabia ao Assistente Social mediar esta situação de conflito entre família e equipe, para que o paciente não fosse prejudicado com a suspensão do atendimento.

Também era tarefa do serviço social convocar reunião com os familiares e profissionais envolvidos no tratamento e cuidado com o paciente para explicar quais tipos de cuidados deveriam ser realizados e que não estavam sendo concretizados da forma adequada, prejudicando assim o tratamento. Por fim, cabia ainda ao Assistente Social esclarecer para a família o “tempo de duração” do atendimento dos profissionais, pois muitas vezes a família não aceitava o término dos atendimentos.

A seguir serão elencados os tipos de serviços disponibilizados pelo atendimento domiciliar da Unimed Litoral, seu período de duração e as demandas para intervenção do serviço social junto a estes serviços.

✓ Serviço Médico: todos os pacientes atendidos pelo Unimed Lar tinham um médico responsável pelo serviço prestado. Na maioria das vezes o médico do Unimed Lar fazia a visita domiciliar juntamente com algum membro da equipe, mas sempre era respeitado e seguido o tratamento indicado pelo médico assistente. Isso porque para receber o atendimento domiciliar o paciente tinha que ser encaminhado por um médico assistente, que definia o tratamento, e a equipe seguia suas orientações com a supervisão do médico responsável pelo atendimento domiciliar.

Para exemplificar melhor este item, segue abaixo um caso no qual aconteceu intervenção médica juntamente com o profissional de Serviço Social em uma das visitas domiciliares durante o atendimento deste usuário no serviço Unimed Lar.

Caso 01: Paciente P entrou no serviço para curativos diários 2 vezes durante por dia pela equipe de enfermagem, de acordo com prescrição de seu médico assistente. Porém, a equipe relata que a ferida do paciente não cicatriza, pois o paciente não cumpre com a orientação de fazer repouso. O médico do serviço, juntamente com enfermeiro e Assistente Social, realizam visita domiciliar em conjunto, com a finalidade de avaliar o caso e reorientar o paciente sobre os cuidados que devem ser tomados para que o tratamento tenha o resultado esperado. O médico faz a avaliação, fala dos cuidados juntamente com o enfermeiro responsável pelos curativos e o

Assistente Social retoma o contrato do serviço com o usuário lembrando-o que o não cumprimento das orientações é cláusula de exclusão no serviço.

Neste caso, o profissional de Serviço Social faz a mediação entre equipe, usuário e atendimento prestado.

✓ Serviço de Enfermagem: os serviços oferecidos pela enfermagem eram diversos. Entre eles: curativos, medicações intravenosas, orientações de cuidados com o paciente acamado. O serviço social sempre trabalhou muito em conjunto com a equipe de enfermagem, pois eram eles que mais frequentavam a casa do paciente. Portanto, além da explicação do contrato, também cabia ao Assistente Social dar todo o suporte para esta equipe com relação à mediação entre a família e equipe, paciente e equipe, além dos encaminhamentos pertinentes à continuidade do tratamento quando expirasse o tempo de atendimento domiciliar acordado no contrato.

Em diversas vezes o serviço social teve que voltar na casa do paciente para reforçar os acordos feitos no contrato de serviço, principalmente sobre a obrigatoriedade de um cuidador para continuar recebendo o atendimento e a questão do horário. Visto que o técnico de enfermagem e o enfermeiro estavam constantemente na rua em trânsito e tinham uma escala de pacientes para atender no dia, não havia como agendar um horário para o atendimento. Apenas era mantido horário de atendimento para as medicações que precisavam ter o horário respeitado conforme prescrição médica. Assim como não havia um horário exato para o atendimento, também havia a necessidade de que quando alguém da equipe fosse até a casa, este cuidador ou outro responsável pelo paciente estivesse em casa. E por várias vezes ocorreu este tipo de problema, do qual acabava resultando da intervenção do serviço social para que o atendimento não fosse suspenso.

Outro problema é que muitas vezes o cuidador não seguia as orientações de cuidados repassados pela equipe. Nesse momento novamente cabia a mediação do Assistente Social para que este não fosse o motivo do desligamento do paciente no serviço. Uma outra situação bastante pertinente era a não aceitação por parte da família e/ou paciente do encerramento dos serviços do atendimento domiciliar, pois o atendimento domiciliar tem um prazo de duração, e em muitos casos o cuidador tinha que dar continuidade aos cuidados e tratamento sozinho, e isto assustava e acabava sendo um problema para a equipe – o desligamento do paciente no serviço.

Vejam os a seguir mais um caso para exemplificar melhor esta situação:

Caso 02: Paciente J, 45 anos, separado, mora com a filha e uma neta de 1 ano. Por conta de problemas com a diabetes teve que amputar uma das pernas. Sendo assim, foi encaminhado para curativos diários, mais orientações de cuidados com relação a diabetes. O primeiro problema ocorreu na formalização do contrato, pois o paciente não aceitava ter um cuidador, porém não consegue seguir as orientações de cuidados sem uma pessoa para auxiliá-lo. Depois de muita conversa, fica acordado que a filha ficaria como cuidadora. Segundo problema: paciente gostaria de escolher o horário para atendimento, porém conforme contrato “não existe a possibilidade de fixação de horário de atendimento, apenas para medicação que precisa ser respeitado horário”. Novamente necessita da intervenção do serviço social, para ouvir os motivos do usuário em querer ter horário no atendimento e expor para o mesmo a dificuldade da equipe em fixar horário e chegar a um acordo que seja bom para ambas as partes. Terceiro problema: após assinatura do contrato e início do atendimento, equipe reclama que paciente nunca está em casa no horário do atendimento, mesmo o horário tendo sido acordado entre equipe e usuário. O cuidador desistiu de se responsabilizar pelos cuidados, por problemas de relação familiar, e paciente não está seguindo as orientações e seu quadro está piorando. Novamente em uma visita domiciliar, o Assistente Social, juntamente com o enfermeiro responsável pelo serviço fazem uma intervenção coletiva com o objetivo de reorientar o paciente e chegar a um acordo, evitando excluí-lo do atendimento. Neste caso, paciente não aceitou as orientações e também não aceitava a alta no serviço, ameaçando processar a operadora caso o excluísse do serviço. No entanto, o atendimento domiciliar não é um direito garantido na contratação do plano, e sim com um contrato à parte com cláusulas especificando os casos de exclusão no atendimento. A não aceitação das orientações, e o fato de que o usuário estava saindo de casa nos horários do atendimento, reforça a ideia de que o mesmo teria todas as condições de fazer seus curativos no posto de atendimento, não tendo mais perfil para ser atendido no domicílio.

✓ Serviço de Nutrição: pelo período de 15 dias era fornecida a dieta ou o suplemento, caso o paciente tivesse a necessidade, pois era o tempo que a família tinha para se organizar para a aquisição da dieta.

A família era orientada a procurar a Secretaria de Saúde do seu município para a aquisição da dieta via SUS. Em algumas situações o município não tinha a “dieta indicada pela nutricionista” e então era feito um encaminhamento para a Secretaria de Saúde do Estado, e por diversas vezes a solicitação vinha negada alegando não fazer parte do rol das medicações fornecidas pelo Estado. Então cabia ao Assistente Social orientar e auxiliar a família para fazer uma representação civil pública para o Ministério Público de seu Município. Dentre as vezes que aconteceu este tipo de encaminhamento o Estado foi obrigado pelo Ministério Público a fornecer a dieta. Porém, em algumas vezes a família não dispunha de tempo e força de vontade de reivindicar seus direitos e acabava fazendo a compra da dieta. Ou ainda entrava com ação judicial contra a Unimed Litoral para que a mesma fizesse o fornecimento da dieta. Neste último caso, mais uma vez cabia ao serviço social fazer esta mediação entre usuário e plano de saúde, orientando ambas as partes de seus direitos e deveres. Já que contratualmente não era obrigação do plano de saúde disponibilizar a dieta fora da área hospitalar, era sempre esclarecido para a operadora os riscos de esse paciente internar por falta da dieta; e para a família era esclarecido que contratualmente a família não tinha direito à dieta fora do hospital e que judicialmente iria depender da decisão do juiz e da demora da justiça em resolver o caso, sendo mais interessante e mais rápido ir buscar este direito na saúde pública, afinal existia uma legislação assegurando este direito. Mas sempre deixando bem livre a escolha da família, apenas fazendo as orientações e mediações necessárias.

Caso 03: Paciente R, 68 anos, acamada e com sequelas de AVC, com escaras profundas, esta além de necessitar de curativos diários, precisava de acompanhamento nutricional e uso de dieta específica para ajudar na cicatrização das feridas. Porém, o custo mensal com esta dieta especial ficava em torno de R\$5.000,00, dinheiro que a família não disponibilizava. Sendo assim, foi solicitado para o município, que encaminhou pedido para a Secretaria Estadual de Saúde, que por sua vez enviou uma carta negando a disponibilidade deste tipo de dieta por não fazer parte do rol de medicações fornecidas pelo SUS. Mediante o fato, o Assistente Social explica para a família a necessidade de entrar com uma representação civil pública contra o Estado, família entende a orientação e se dispõe a segui-la. São feitos todos os encaminhamentos para o Ministério Público, e após 2 meses, paciente começa a receber mensalmente sua dieta via SUS.

Este foi um caso de sucesso, porém houve outros em que a família não quis entrar com representação civil pública e optou pela compra. Isso pode ocorrer porque a família solicitou judicialmente que a Unimed disponibilizasse a dieta, porém como contratualmente “não existe obrigatoriedade” por parte da Unimed em fornecer a dieta para o paciente em casa, caberá sempre ao juiz a decisão destes casos. Alguns juízes entendem como válido o que está contratado, enquanto outros se deixam guiar pela questão da saúde como um direito de todos e entendem que nestes casos é obrigação da operadora disponibilizar a dieta.

✓ Serviço de Fisioterapia: contratualmente o usuário de plano de saúde regulamentado tem direito a fisioterapia motora e respiratória ilimitada com encaminhamento médico, porém em clínica.

Em nenhum momento o plano de saúde tem obrigação de fornecer o serviço de fisioterapia em domicílio. No atendimento domiciliar o serviço de fisioterapia era disponibilizado da seguinte forma: fisioterapia motora para pacientes que saíam da internação após cirurgia e precisavam se reabilitar para ir para a clínica realizar as sessões de fisioterapia motora das quais havia necessidade. E fisioterapia respiratória para pacientes acamados com pneumonia, porém com sessões limitadas em no máximo 10 sessões.

Na maioria das vezes o serviço social era solicitado para, além de explicar o contrato, fazer encaminhamento para o transporte público do município para que o paciente pudesse ir até a clínica realizar as sessões de fisioterapia. Mas como o município não tem obrigação legal em fornecer transporte para tratamento médico privado, em alguns casos era necessário encaminhar o paciente para o serviço de fisioterapia público, para que assim pudesse ter acesso ao transporte.

Por diversas vezes o Assistente Social teve que mediar a relação entre fisioterapeuta e família, pois por se tratar de apenas um único profissional fisioterapeuta para atender toda a demanda, este não podia estar combinando horário e dia das sessões, assim como extrapolar as 10 sessões no máximo por paciente, mesmo quando a família não tinha condições de levar o paciente até a clínica, seja por conta de falta de transporte ou pelo fato do mesmo ser acamado. E a orientação sempre foi baseada no contrato do plano de saúde, o qual deixa muito claro que o direito a fisioterapia é em clínica, não em domicílio. No caso da fisioterapia, o problema com o transporte para a clínica e o caso dos pacientes acamados sempre foram as maiores demandas para as intervenções do serviço social.

✓ Serviço de Psicologia: da mesma forma que o de fisioterapia, o usuário de plano “regulamentado” tem direito às sessões de psicologia em clínica, não em domicílio. No caso do atendimento domiciliar, a psicologia prestava suporte psicológico pontual para familiares e pacientes. Psicoterapia somente no consultório. Neste caso, o serviço era requisitado para fazer intervenções em conjunto quando o assunto era falta de comprometimento com os cuidados do paciente por parte da família e às vezes do próprio paciente. Ou ainda quando existia, além de um problema psicológico, um problema social, sendo necessário trabalhar ambos em conjunto.

✓ Serviço de fonoaudiologia: também funcionava da mesma forma que o de fisioterapia, apenas para tratamento de disfasia, e sessões limitadas. Atendimento para outras patologias apenas em consultório, mas que apenas usuários de planos “regulamentados” teriam este direito garantido no contrato.

A demanda para o serviço social era a mesma que na fisioterapia: explicação do contrato, orientação sobre transporte ou atendimento no SUS e o número de sessões limitadas. Também cabia ao Serviço Social a responsabilidade sobre os empréstimos de materiais hospitalares. Não havia muitos recursos materiais para empréstimo, havia algumas camas hospitalares, alguns aspiradores e suporte de soro. Os empréstimos aconteciam da seguinte forma: orientar a família para conseguir emprestado em alguma instituição sem prazo para devolução, ou dependendo do caso, da necessidade do material hospitalar e da situação socioeconômica da família era indicada a compra. Os empréstimos aconteciam com data de devolução até que a família pudesse se organizar e adquirir o material.

No caso de pacientes que necessitavam fazer uso de oxigênio em casa, o contrato assegurava ao paciente o direito de receber o oxigênio por 30 dias. Após este período era de responsabilidade da família, pois de acordo com o contrato o usuário tem direito ao oxigênio apenas quando está internado, fora da internação a operadora não tem obrigação nenhuma em fornecer o oxigênio. Para a Unimed era mais vantajoso pagar por 30 dias o oxigênio em domicílio, enquanto a família se organizava para dar continuidade ao tratamento, quando havia necessidade, do que pagar diárias hospitalares para que o paciente recebesse o tratamento. E nestes casos cabia ao Assistente Social encaminhar e orientar a família sobre a aquisição do oxigênio via SUS. Em algumas cidades este serviço era disponibilizado via município, então em menos de 15 dias o SUS fornecia o tratamento de oxigenoterapia. E em outras cidades este tratamento era

disponibilizado via Estado, então necessitava de um encaminhamento da Secretaria de Saúde do município para a Secretaria Estadual de saúde e o serviço era disponibilizado na maioria das vezes após 30 dias da realização do encaminhamento. Em alguns casos o Estado demorava mais de 30 dias, dependendo do plano do usuário e da situação a operadora disponibilizava por um período maior o oxigênio. E em outros casos a família assumia os custos com o tratamento de oxigenoterapia. Cabe aqui ressaltar dois pontos importantes: o primeiro é que em alguns casos era mais vantajoso para a Unimed continuar fornecendo o oxigênio do que o paciente ser internado para ter acesso ao oxigênio; o segundo é que quando o plano do usuário era Intercâmbio – de outra Unimed – a Unimed de origem era quem autorizava o tempo a ser disponibilizado o tratamento e ela quem pagava os gastos, sendo a Unimed Litoral apenas uma prestadora do serviço.

Com relação ao material para a realização dos atendimentos feitos pela equipe de enfermagem, como medicações intravenosas e curativos, era disponibilizado pela Unimed para que a equipe prestasse o atendimento. Quando o atendimento era encerrado, mas havia ainda necessidade de continuidade nos cuidados, cabia ao serviço social fazer o encaminhamento e orientação para conseguir estes materiais via saúde pública, no centro de saúde mais próximo da residência do paciente.

A aquisição das medicações orais receitadas pelos médicos para o tratamento do paciente e os medicamentos de uso continuado são de responsabilidade da família. O serviço social ficava à disposição da família para orientá-los em como conseguir a medicação pelo SUS, porém o plano de saúde não tinha obrigação e nem disponibilizava as medicações.

3.2.2 Gerenciamento de Doentes Crônicos (Gdc)

Além das demandas do atendimento domiciliar, também era função do serviço social prestar atendimento no serviço Gerenciamento de Doentes Crônicos. Este é um serviço oferecido pela Unimed Litoral que não está no rol de serviços obrigatórios da ANS, fazendo parte da promoção e prevenção da saúde dos pacientes crônicos. A intenção é dar continuidade ao serviço do atendimento domiciliar, através do monitoramento à distância. Cruz (1999, p. 24) define monitoração à distância como:

[...] o tipo de atenção dirigida a pacientes impossibilitados de comparecer aos serviços médicos para tratamento. Trata-se de pacientes com dificuldade de deambulação, acamados ou com outras limitações, algumas vezes, dependentes de oxigenioterapia. As visitas domiciliares ocorrem agendadas pela equipe, podendo ter intervalos quinzenais ou mensais, bem como monitoração semanal, via telefone.

Este serviço foi disponibilizado pela Unimed Litoral em meados de 2000. Percebeu-se a necessidade da implantação por conta do atendimento domiciliar, pois na maioria das vezes o paciente não tinha mais uma demanda para receber a equipe interdisciplinar com frequência em sua casa, mas ainda tinha necessidade de ser monitorado. Com isso foi dado início ao serviço GDC. Uma vez o paciente tendo evoluído para melhora e não necessitando mais de atendimento, recebia alta do serviço Unimed Lar com todas as orientações necessárias. Caso necessitasse de monitoramento era encaminhado para o GDC; caso não necessitasse mais de cuidados era dado a alta do serviço. Nos casos de ocorrer o óbito do doente em domicílio, os familiares recebiam orientação e acompanhamento da equipe até a visita pós-óbito, quando, então, se fecha o círculo de cuidado e acompanhamento.

O GDC é composto por uma equipe formada por médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem que monitoram pacientes crônicos e acamados através de ligações telefônicas e visitas domiciliares pontuais. Esta equipe conta com o apoio da equipe multidisciplinar que trabalha no atendimento domiciliar (nutricionista, fonoaudióloga, psicólogo e assistente social), porém as visitas e intervenções aconteciam pontualmente. Não havia uma continuidade ou tratamento como no atendimento domiciliar. Mas quando era necessário algum tratamento ou cuidado mais contínuo o paciente era encaminhado para o Unimed Lar.

No GDC a maior demanda para o serviço social era, além dos encaminhamentos para o SUS (medicações, transporte, oxigênio, material para curativos, entre outros), trabalhar com o não comprometimento da família e/ou paciente com o tratamento. Por diversas vezes o Assistente Social era chamado para intervir, juntamente com o técnico de enfermagem responsável por monitorar certo paciente, para conversar com a família e o paciente sobre a

importância da aderência ao tratamento. Como também acontecia em algumas situações, casos em que o paciente era idoso e nenhum familiar queria se responsabilizar pelos cuidados deste paciente – caracterizando negligência – e em algumas situações tendo que acionar o Conselho do idoso para poder garantir os direitos deste paciente.

Assim como no atendimento domiciliar, em alguns casos cabia ao Assistente Social mediar a relação entre família/paciente e equipe multidisciplinar para que o tratamento não fosse prejudicado e nem o usuário desligado do serviço.

3.2.3 Internações domiciliares

Outra demanda de trabalho para o Serviço Social, na Unimed Litoral, eram “internações domiciliares”, serviço originado de mandato judicial. Internação Domiciliar pode ser entendida como:

[...] um modelo de assistência baseado no suporte de cuidados ao paciente que foi transferido do serviço de internação hospitalar para continuar a ser tratado em casa. Nesse caso, exige-se um acompanhamento contínuo (diário) e, às vezes, ininterrupto do cuidador. Há casos em que é necessário manter cuidados de enfermagem por vinte e quatro horas, oxigênio, respirador e outros materiais necessários. Além disso, o doente deve contar com uma central de atendimento 24 horas para a solução de emergências, com médico disponível e transporte, para orientar a atender às necessidades urgentes. (CRUZ, 1999, p. 24)

Sendo assim, cabia ao Assistente Social a mediação entre o usuário e a equipe de trabalho. Neste período do relato existiam dois casos de internação domiciliar, e eram de usuários intercâmbios. Com isso, era responsabilidade da Unimed Litoral a prestação do serviço, e da Unimed de origem as autorizações dos serviços. Porém em um dos casos a família não entendia que quem deveria responder pelo direito ao atendimento era a Unimed de origem e não a Unimed Litoral que era a prestadora de serviço. E este foi o caso que por diversas vezes necessitou da intervenção do Assistente Social, para que mediasse esta situação de conflito entre usuário/plano de saúde/equipe de atendimento.

3.2.4 Busca ativa nos hospitais

Também eram atribuição do Assistente Social as “buscas ativas” nos hospitais de Itajaí e Balneário Camboriú, totalizando três unidades. O objetivo deste serviço era de monitorar o tempo de internação dos usuários da Unimed nestes hospitais. Era solicitada semanalmente uma lista dos pacientes internados pelo convênio Unimed. Quando havia pacientes internados há mais de 5 dias, era conversado com a enfermeira responsável pelo andar para saber o motivo da internação. Caso os cuidados recebidos no hospital pudessem ser realizados em casa pelo atendimento domiciliar, era conversado com o médico assistente e a família para ver a possibilidade de encaminhar este paciente para o Unimed Lar.

Este serviço também era uma forma de verificar as internações desnecessárias, pois por algumas vezes o paciente era internado sem um motivo real. Com isso, além de onerar os custos da operadora, este usuário estava sendo exposto ao risco de contrair uma infecção hospitalar. Esse risco é bem preocupante na saúde privada, pois como a saúde é tratada como uma mercadoria, muitas vezes estes usuários continuavam internados para que o médico assistente pudesse receber mais honorários, o hospital receber o valor da internação, enfim, para que se pudesse ter lucratividade em cima do serviço “assistência à saúde”. Por isso, cabia ao Assistente Social esta busca, para que o direito de ambas as partes, usuário e operadora, fossem garantidos.

Outra demanda desta “busca ativa” era a solicitação do médico assistente para conversar com a família sobre a necessidade da alta hospitalar de doentes acamados em estado vegetativo. Visto que, na maioria das vezes, a família não queria levar o paciente para a casa, pois não entendia que os cuidados necessitados pelo paciente naquele estado deveriam ser prestados por um cuidador e/ou família em casa, não tendo mais nenhuma demanda hospitalar. E com isso o paciente seria encaminhado para o atendimento domiciliar, onde estes cuidados seriam prestados pela equipe por um período, e após pela família e/ou cuidador que seria treinado para dar continuidade aos cuidados.

3.2.5 Grupos de educação em saúde

Também foi solicitado para o Assistente Social, quando da sua contratação, que atuasse juntamente com a equipe multidisciplinar do complexo de medicina preventiva nos grupos. Sendo assim, o serviço social participava dos seguintes grupos:

✓ Grupo de Gestantes: cabia ao serviço social orientar os membros deste grupo sobre seus direitos a licença maternidade e paternidade, assim como fazer a avaliação final do grupo através de uma dinâmica de avaliação com os participantes no último encontro.

✓ Grupo de diabetes: o Assistente Social ficou encarregado pela coordenação deste grupo. Além de elaborar os temas juntamente com a equipe multidisciplinar, realizar os encontros em conjunto com cada palestrante, cuidar da divulgação e planejamento do grupo.

3.2.6 Atendimento hospitalar (Hospital Unimed Litoral)

Em 2010 foi construído o Hospital da Unimed em Balneário Camboriú e com isso surge mais uma demanda para o Serviço Social dentro da Cooperativa. Prestar atendimento, juntamente com a equipe multidisciplinar, discutindo o caso de cada paciente, fazendo os encaminhamentos pertinentes, chamando a família para reuniões com a equipe para falar sobre os cuidados, além de trabalhar junto com a equipe de enfermagem a alta hospitalar.

Uma demanda bastante pertinente nas internações ocorre quando o paciente era idoso e a família alegava não ter condições de cuidá-lo em casa e não aceitava a alta hospitalar. Nestes casos cabia ao Assistente Social conversar com a família, conscientizá-la dos riscos em manter este paciente idoso internado sem necessidade, das obrigações da família com ele, e muitas vezes esta conversa resultava no encaminhamento do paciente para casas asilares, ou contratações de cuidadores. Em alguns casos era necessária a intervenção do Conselho do Idoso.

3.2.7 Aconselhamento (vasectomia e laqueadura)

Também em 2010 a ANS obriga, através de uma normativa, os planos de saúde de seguirem uma normativa do Ministério da Saúde sobre as laqueaduras e vasectomias. Essa normativa alega que o usuário dos planos de saúde tem o direito de fazer estes procedimentos pelo plano, porém, assim como no SUS, teriam que passar por um aconselhamento e seguir toda a regulamentação da lei que cria pré-requisitos a serem cumpridos, tais como: idade mínima, quantidade de filhos, ter que esperar mais 30 dias após passar pelo grupo de aconselhamento para a execução do procedimento, e, no caso das laqueaduras, não poderia mais ser feita no momento do parto, salvo em alguns casos, podendo ser feita somente 40 dias após o parto.

Diante desta nova exigência surge uma nova demanda para o Assistente Social: atender estes usuários no aconselhamento. Num primeiro momento o aconselhamento acontecia individualmente: o casal era atendido pelo Assistente Social, que explicava a regulamentação, os direitos e deveres deste usuário com relação ao procedimento, os métodos existentes de contracepção sem ser os definitivos, as possibilidades do casal se arrependeu depois de optar pelo método de contracepção definitiva e como proceder burocraticamente para a execução do procedimento. O usuário que iria fazer o procedimento, juntamente com seu cônjuge, assinava um termo e esperava os 30 dias para poder realizar o procedimento. Muitas vezes o usuário não entendia a parte burocrática e muito menos a legislação. Por isso ficava muito chateado com a operadora “achando” que tudo isso foi a Unimed que inventou para dificultar o acesso a este serviço. Daí cabia ao Assistente Social esta mediação e explicação da legislação vigente.

Como havia só um profissional de Serviço Social na Cooperativa e aumentou o número de usuários interessados em realizar vasectomia e laqueadura, criou-se uma demanda reprimida para estes atendimentos de aconselhamento. Neste momento o Serviço Social teve a ideia de atender estes usuários em grupo. Assim criou-se o Grupo de Aconselhamento, diminuindo o tempo de espera dos usuários para terem acesso à informação sobre o serviço.

3.2.8 Suporte ao Atendimento ao Usuário Unimed Litoral

Além das demandas advindas dos serviços Unimed Lar e GDC para o serviço social, fazia parte das atribuições do Assistente Social contratado em 2009 pela Unimed Litoral dar suporte para o atendimento aos usuários da Unimed Litoral que iam até a Central de atendimento em busca da autorização de algum serviço além do atendimento domiciliar e GDC.

Descrevemos um exemplo da situação: paciente procurava a central de atendimento para autorizar uma cirurgia, porém seu plano não tinha cobertura para este tipo de cirurgia. Neste caso, na maioria das vezes, eram planos não regulamentados e então o usuário não entendia o motivo da negativa na autorização e o atendente não conseguia mediar esta situação sozinho. Por isso, neste momento o Assistente Social era chamado para intervir junto a este cliente, explicando o tipo de contrato que o mesmo possuía o que realmente tinha direito, e qual o encaminhamento mais adequado para que este

pudesse realizar esta cirurgia. A cirurgia foi um exemplo, mas tínhamos diversas situações nas quais era negado atendimento por conta do tipo de contrato, sendo necessária a intervenção do serviço social, seja para explicar o contrato, ou para fazer as devidas orientações e encaminhamento para o SUS quando havia necessidade.

3.2.9 Responsabilidade Social

Outra demanda contratual foi o suporte em alguns projetos da responsabilidade social. Este setor era coordenado por uma profissional formada em Relações Públicas com pós-graduação em Responsabilidade Social – muito competente para a função –, porém em algumas situações necessitava do suporte teórico-metodológico do Assistente Social para desenvolver algumas ações. Sendo assim, ficou sob responsabilidade do serviço social trabalhar com os adolescentes participantes do projeto *Surf Comunitário* algumas temáticas como violência, drogas e sexualidade. Então diante desta demanda foi criado o grupo de multiplicadores que tinha como objetivo trabalhar estes temas durante o ano em forma de encontros mensais através de dinâmicas.

Já existia um grupo de mães na comunidade onde o projeto *Surf Comunitário* era desenvolvido, então coube ao serviço social dar continuidade. Na mudança de profissional também foi mudado o objetivo do grupo. Procurou-se trabalhar no primeiro ano os mesmos temas do grupo de multiplicadores. A finalidade era que a mãe destes adolescentes soubesse o que estava sendo orientado e trabalhado com os seus filhos, para que temas como drogas, violência e sexualidade não fossem discutidos somente em casa e sim dar continuidade em casa.

Durante este período percebemos algumas necessidades que fizeram mudar um pouco as ações voltadas para este público atendido pela responsabilidade social. Percebemos que precisávamos trabalhar os mesmos temas com os monitores do PETI, local onde era desenvolvido o projeto *Surf Comunitário*. Isso porque os adolescentes estavam sendo orientados, porém, estes monitores não tinham suporte teórico e prático para dar continuidade ao trabalho. Por isso, no ano seguinte foi criado um grupo de multiplicadores voltados para os monitores do PETI.

Outra modificação foi com relação ao grupo de mães. Após trabalhar os temas, percebemos a importância em trabalhar cidadania e movimentos sociais com estas mulheres. Nos anos seguintes foram

estes os temas trabalhados, dos quais resultou no empoderamento destas mulheres com relação a instigá-las a lutarem por algumas mudanças em sua comunidade. E também a elaboração de um artigo apresentado em forma de pôster no ENPESS em 2010 no Rio de Janeiro.

3.2.10 Supervisão de Estágio Obrigatório

Também havia a supervisão de estágio obrigatório de três alunas do curso de Serviço Social, que tiveram como projeto de intervenção os seguintes temas: Perfil socioeconômico dos usuários do atendimento domiciliar; Capacitação para os monitores do GDC sobre o Estatuto do Idoso e a criação e implantação do Grupo de Trabalhadores com Deficiências. Essas três alunas foram contratadas pela Cooperativa no ano de 2011.

3.2.11 Outras demandas

O Serviço Social também tinha como demanda de trabalho participar das reuniões da equipe multidisciplinar semanalmente, a qual servia para discutir casos dos pacientes atendidos pelo Unimed Lar. Reuniões com o departamento pessoal da Cooperativa para tratar de assuntos como a contratação dos funcionários com deficiência, conforme exigência do Ministério do Trabalho. Participava de capacitação para os integrantes do GDC, Unimed Lar, equipe de oncologia do Hospital Unimed e de funcionários da Cooperativa através do programa Viver Qualidade.

Foi também demanda para o Serviço Social organizar, juntamente com a equipe multidisciplinar, a cartilha do Cuidador. Este material era distribuído para os cuidadores dos pacientes atendidos pelo Unimed Lar e GDC.

Quando o Assistente Social chegou à instituição em 2009 não havia nenhum documento além dos prontuários eletrônicos. Sendo assim, o Serviço Social elaborou documentos, tais como: relatórios semestrais de atendimentos; folhas explicativas sobre encaminhamentos para os serviços de saúde no SUS; lista de cuidadores; lista de locais para a compra ou empréstimos de materiais hospitalares; modelo de representação civil pública; protocolo de atendimento do serviço social para o atendimento domiciliar; GDC; visitas hospitalares; buscas ativas e atendimentos de trabalhadores da Cooperativa Unimed.

Tal forma de registro permitiu ao profissional documentar suas atividades. Estes registros contribuíram para que outros profissionais participassem deste processo de trabalho organizado pela Instituição entendessem o trabalho do Assistente Social. Era uma luta constante seu reconhecimento junto à equipe, aos demais trabalhadores, bem como junto à própria direção, principalmente quanto à necessidade de contratação de mais um assistente social para garantir a continuidade dos serviços com a qualidade necessária.

3.3 Possibilidades e limites

Ao longo do relato, diversas categorias de análise materializaram-se, tais como: mediação, direito, ética profissional, micro poderes, correlação de forças, acesso à informação, autonomia relativa, dentre tantas outras.

Entretanto, temos que fazer escolhas. Assim, privilegamos refletir sobre possibilidades e limites, considerando o que no nosso entendimento se sobressaíram: mediação, direito e ética profissional. Uma vez que estas apontam o direcionamento que o assistente social imprime ao seu exercício profissional refletindo nos resultados da sua ação.

3.3.1 Mediação

A mediação é uma das categorias mais utilizadas no exercício profissional do Serviço Social. E no caso deste relato de experiência junto à Cooperativa Médica Unimed Litoral não foi diferente: a mediação apareceu em quase todas as ações desenvolvidas. Logo, parte constitutiva do instrumental teórico-metodológico desenvolvido. Mas o que entendemos por mediação?

O termo mediação na área social assume o sentido de categoria dialética, com caráter dinâmico e processual. Está presente num sistema de forças ou espaço contraditório no cotidiano das instituições, no caso deste trabalho na instituição privada, responsável por prestar serviços de saúde.

De acordo com Pontes (1997, p.154-155),

O estudo do método dialético marxista, enquanto situado como uma das concepções teórico-metodológica dentro do Serviço Social, vem sendo tematizado há, no mínimo, vinte anos.

A tentativa de aprofundar o estudo sobre a categoria de mediação – uma das medulares categorias que infibram a concepção dialética de Marx – e é resultante deste processo, de amadurecimento teórico da profissão.

Historicamente o Serviço Social adquiriu cunho de cientificidade buscando embasamento teórico para qualificar suas intervenções. Hoje compreende-se que sua ação profissional não é algo linear, com começo meio e fim, mas sim como um processo contínuo.

Para a ação que visa superação da problemática vivida pelos usuários, como no caso dos usuários dos serviços da Unimed Litoral, as mediações surgem como respostas às demandas dos mesmos e como suporte, com qualidade para as ações dos profissionais. Logo, conforme Vergara (2011, p. 2), mediação é:

a categoria que dá direção e qualidade à prática, baseada no método dialético marxista, resultado de um processo dinâmico e ativo desenvolvido pela interação entre as pessoas, objetos, conceitos, preconceitos, instituições, enfim uma rede de associações em que o usuário é tido como sujeito engajado na construção de sua própria história. A função do Assistente Social é intervir facilitando e mediando essa construção, puxando os vários fios alternativos que darão origem a alternativas. Construir mediação é construir o significado mediato da realidade concreta para poder intervir de maneira eficaz na perspectiva da transformação e/ou superação da mesma.

Ainda segundo a autora, a categoria mediação nos remete à possibilidade de romper com a ideologia institucional de organicismo e mecanicismo, na qual a instituição funciona segundo um modelo de reprodução com cunho organizacional capitalista, repassador de encaminhamentos e de intervenção mecânica através de políticas sociais “concebidas”. Sendo assim, a mediação imbrica-se em um processo de comunicação, informação e estabelecimento de relações sociais, no qual os usuários tenham expressão de identidade e de atitudes, levando a instituição a se identificar com um espaço de convergência.

Diante deste instrumental, o profissional tem que se colocar como sujeito social que interage no interior do campo institucional, intervindo nas relações de força. No caso aqui relatado, entre o direito do usuário, as normas da ANS e da instituição; buscando fortalecer o poder dos usuários, o resgate de sua cidadania, da autonomia e dos valores individuais e coletivos dos mesmos.

Faleiros (2007, p. 62) faz a seguinte reflexão com relação à categoria mediação:

A construção e desconstrução de mediações, no processo de fragilização e fortalecimento do poder, implicam um instrumental operativo para captar as relações e elaborar estratégias que constituem o campo de uma profissão de intervenção social na constante relação teoria/prática.

Podemos afirmar que, para o assistente social, trabalhar com mediação significa apoiar, capacitar e promover ações capazes de desvendar e penetrar nas realidades concretas dos usuários. O objetivo da mediação é promover superação e transformação da realidade vivida num processo interativo, coparticipativo, onde os usuários, profissionais e instituição sejam sujeitos responsáveis pelas ações.

Mediante o exposto nos relatos dos casos vivenciados na Unimed Litoral, podemos afirmar que a mediação foi o instrumental teórico-metodológico que orientou nossas ações ao longo dos diversos atendimentos, sempre buscando que usuários se colocassem como sujeitos do processo. Garantindo dessa forma que, através do repasse das informações, dos esclarecimentos, dos direitos, ele se tornasse sujeito, cidadão. O resultado destas mediações fizessem com que o usuário não se sentisse um cliente, mas uma pessoa com direitos e deveres, os quais deveriam ser plenamente exercidos de tal forma que o resultado disto fosse a superação da demanda que originou tais ações. E mais, que os usuários conseguissem perceber o poder que eles tinham perante a Unimed, as equipes, e mesmo na relação com o próprio Assistente Social.

É evidente que a mediação é uma ação complexa e contraditória nem sempre muito clara de ser identificada. Mas foram com estas referências que procuramos ao longo do nosso exercício profissional garantir os direitos dos usuários, seja na relação com a Instituição, seja na relação com a saúde pública, fazendo com que estes sujeitos fossem

partícipes do processo. Decorrem daí os permanentes conflitos vivenciados, seja na relação com as equipes técnicas, seja muitas vezes com a própria Instituição. Entretanto, entendemos que é exatamente por causa desta compreensão de mediação que limites institucionais postos foram revistos, na relação equipes profissionais, Instituição e mesmo usuários dos serviços, gerando novas possibilidades de relação e de garantia de direitos.

3.3.2 Direito

Outra categoria analítica que se materializou nesta experiência foi “direito”. Mas, o que é direito? Que concepção de direito nos orientou neste exercício profissional?

Falar sobre direitos e sua relação com a totalidade da vida social, segundo Behring e Santos (2009, p. 276), pressupõe considerar os indivíduos em sua vida cotidiana, espaço-tempo em que as expressões da questão social se efetivam, sobretudo, como violação dos direitos. No caso deste trabalho, trata-se do direito à saúde, seja ela pública ou privada, enquanto um serviço contratado pelos usuários através de planos de saúde Unimed Litoral.

Sabemos que a Constituição Federal de 1998 propôs um novo ordenamento ao setor de saúde, propiciando particularidades em aspectos ético-políticos fundamentais. A Carta Constitucional através do seu artigo 196, afirma que: “a saúde é um direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção e proteção e recuperação.”

Logo, o direito à saúde independe do mercado na medida em que são propostos os atendimentos universais, integrais e igualitários. A saúde se constitui em um direito essencial que as pessoas têm, pelo simples fato de existirem e serem cidadãos brasileiros. Conforme Nogueira (2002, p.154):

a aprovação do direito à saúde se expressa em uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas. Reafirmam ainda, o trânsito para um Estado Institucional-Redistributivo, na medida em que rompem com a

sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal e sinalizam para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão.

No entanto, como já mencionado anteriormente, nem bem havia sido promulgada a Constituição de 1988, o ideário neoliberal avança no país, fortalecendo a mercantilização da saúde e com isso enfraquecendo a concepção de direito universal (DEMÉTRIO, 2005). Com o fortalecimento da saúde privada, surge também a ANS, órgão público responsável pela fiscalização e regulamentação da saúde suplementar no Brasil, e com ela várias normativas, gerando os tipos de contratos, como o “contrato regulamentado e não regulamentado”. Enquanto profissional, como garantir um direito que se propõe universal, mas que no caso dos usuários do plano de saúde Unimed Litoral, os direitos encontram-se restritos ao contrato adquirido? Segundo Spozati e Lobo (1992, p. 3):

o "produto saúde" deveria ser uma necessidade de consumo individual, cuja satisfação seria uma questão de gosto e de estilo, e não só de necessidade. Porém, saúde, que é uma questão de vida individual e coletiva, exige um padrão público e social. Isto supõe entendê-la não como um produto a ser consumido, mas, sobretudo, delinear o projeto que se quer como padrão de qualidade de vida de uma sociedade e, nela, de cada um dos cidadãos.

Por mais que queiram transmutar a saúde em produtos consumíveis — sejam medicamentos e/ou tratamentos — ou em mercadorias a compor o imaginário das pessoas, transformando-a em símbolos de consumo, ela é, mesmo que virtualmente, mais do que isso, quer do ponto de vista individual, quer do ponto de vista coletivo.

Saúde é mais do que "uma coisa"; ela é um valor e uma perspectiva.

O que se quer dizer é que direito à saúde é mais do que direito ao consumo de saúde. Portanto, direito à saúde é mais do que democratização do consumo da assistência médica, embora esta lhe seja fundamental. Saúde é mais do que "a cesta de serviços", mesmo que

públicos, ainda que estes sejam básicos à vida da população.

Sendo a saúde suplementar oferecida como mercadoria, não é desta forma que os usuários a entendiam. Nisso surgem os vários conflitos presentes nos casos relatados e que exigiram a intervenção do Assistente Social da Unimed Litoral. Todos os relatos trazem os usuários lutando pela efetivação dos seus direitos numa concepção de universalidade, mesmo na saúde suplementar, onde para a Instituição eram seletivos e parcializados. Para garantir que os usuários tivessem acesso a estes direitos, em muitos casos foi preciso recorrer ao serviço público de saúde; em outros, orientar os usuários a mover ações judiciais contra a operadora.

Nosso entendimento sempre pautou-se em – ainda que a saúde suplementar fosse seletiva, determinada por regras contratuais – colocar todo nosso conhecimento e serviço para que os usuários da Unimed Litoral conseguissem ter o acesso garantido, ainda que parte na saúde suplementar, parte na saúde pública, em que pese os limites institucionais presentes. Como profissional, não poderíamos nos limitar somente às possibilidades postas pela Instituição para o fornecimento dos serviços de saúde suplementar. Era desafio e compromisso profissional constante ir além, como orienta o Código de ética Profissional. Era desafio passar os limites institucionais, no sentido que este serviço fosse garantido, tudo o que fosse possível da saúde suplementar, e o que não fosse possível, via saúde pública.

3.3.3 Ética profissional

A terceira categoria analítica que se destacou em nosso relato foi a ética profissional. Não há como pensar mediação e direito sem pensar em ética profissional, já que sempre tivemos muito claro que nossa ação teria um impacto imediato (e a longo prazo) na vida dos usuários por nós atendidos. De acordo com Barroco e Terra (2012, p. 77-78):

[...] entender o profissional como sujeito ético-moral é tratá-lo como um sujeito dotado de certos atributos que lhe permitem agir eticamente: vontade, racionalidade, consciência, senso moral ou capacidade de responder seus atos e discernir entre valores morais (certo/errado; bom/mau etc.). Dizemos que as ações ético-morais são conscientes quando o sujeito assume que os

demais podem sofrer as consequências dos seus atos, se responsabilizando por eles.

Ainda segundo as autoras:

O assistente social se depara com diferentes situações-limites, como suicídio, aborto, eutanásia, uso de drogas etc. Se não estiver aberto para aceitar o direito de escolha do outro, ou mesmo a possibilidade de o outro não ter alternativa, como poderá conviver com essas circunstâncias? Se estiver absorto em atitudes preconcebidas e estereótipos, como poderá se relacionar com essas situações no trabalho profissional?

Para obter um direito, os usuários são submetidos a diferentes formas de preconceitos e discriminação. As diversas práticas profissionais e suas responsabilidades tendem a ser dissolvidas no interior da burocracia institucional, na medida em que a mesma situação é atendida, de forma fragmentada, por diferentes agentes, sem que nenhum detenha o processo em sua totalidade e assuma a responsabilidade integral pelo mesmo. O caminho percorrido pelo usuário – desde a solicitação do serviço até a obtenção do direito é, em geral, um verdadeiro “calvário” de idas e vindas entre instituições, em que não raras vezes enfrentam situações de descaso e humilhação.

A reflexão acima é emblemática, assim como na totalidade dos relatos mencionados, bem como foi uma constante no cotidiano profissional. Foi esta concepção de ética profissional que nos orientou ao longo das nossas ações junto aos usuários, equipe multidisciplinar e chefes, para que o direito dos usuários fossem garantidos.

Sabemos que a ética necessariamente deve observar: o ser livre e a vontade do indivíduo e dos grupos; que não existe uma ética única, universal, absoluta e válida para todos. Isto é, a ética única esbarra necessariamente na tensão dever-liberdade. A opção que deve marcar o ato ético de um indivíduo, entretanto, tem como elementos fundantes os valores que inspiram a sua concepção de mundo, a sua visão de homem, tomando como pressuposto a construção histórica do ser social. (SILVA, 2003, p. 138). Entretanto, são as referências postas no Código

de Ética da Profissão que nos orientam, ao longo do exercício cotidiano, para que não nos percamos no emaranhado burocrático que muitas vezes a Instituição coloca, como forma de diluir o direito, o exercício de cidadania.

Como afirmamos no início deste capítulo, sem dúvida não há como negar os limites institucionais postos, como vimos nos relatos. Serviço seletivos, equipes onde a concepção do direito é algo inexistente, a saúde vista como mercadoria e tantas outras situações. A própria forma como o processo de trabalho é organizado, onde apenas determinadas situações limites chegam ao serviço social já explicitam os limites postos a este profissional.

Porém, estes mesmos limites, já que construídos socialmente, podem ser alterados, podem ser revistos, podem ser desconstruídos. Desde que como profissional sejamos capazes de compreender a forma como a Instituição trabalha, os poderes constituídos, os micro poderes, entender que sem os usuários a instituição perde sua razão de existência.

E é exatamente entendendo estas contradições que surgem possibilidades de ação no movimento de garantir o direito à saúde enquanto um direito universal. São possibilidades pequenas construídas cotidianamente, quando se discute com a equipe técnica, fazendo com que esta entenda o ponto de vista do usuário; com a chefia para entender que certas exigências são incompatíveis com a realidade do usuário; com os usuários, quando procuramos explicar os limites dos planos adquiridos, mas ao mesmo tempo, repassando informações que permitam a eles poder, ainda que por outras vias, ter o acesso aos serviços necessários. É no entendimento de que limites são construções sociais, que procuramos construir possibilidades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos neste trabalho como a partir dos anos 1990 a Saúde Suplementar teve um crescimento no Brasil. Foi com a promulgação da Lei n 9.656, que foi criada a ANS, marco regulatório do sistema privado, o qual trouxe mudanças a respeito de coberturas assistenciais, a garantia dos direitos dos consumidores e o emprego de severa fiscalização estatal através deste órgão regulador. É a partir desta data que começaram a existir os planos de saúde regulamentados e não regulamentados, elementos motivadores de demandas para o exercício profissional do Assistente Social na Cooperativa Médica Unimed Litoral.

Mediante a criação da ANS e suas posteriores normatizações criaram-se demandas antes não postas para os profissionais de serviço social, no sentido de mediar os conflitos gerados. E a partir disso, buscamos explicitar e refletir sobre possibilidade e limites postos na saúde privada, tendo em conta esta nova demanda. Destaca-se que conhecer e estudar as implicações da ANS e suas regulamentações intensificou ainda mais a curiosidade acerca dos desafios postos a essa categoria profissional, no intuito de operacionalizar o serviço suplementar de saúde sem perder de vista o Projeto Ético-Político profissional frente às condições oferecidas pela instituição e os limites postos.

Vale ressaltar que o olhar aqui empregado durante a realização deste trabalho foi pautado numa perspectiva que buscou desvelar as ações já implementadas, construindo um alicerce coletivo que garanta a efetivação de uma política de saúde na perspectiva que orienta o Projeto Ético-Político profissional. Entendemos que ao profissional de Serviço Social, enquanto trabalhador que vende sua força de trabalho a qualquer instituição empregadora, cabe conhecer a fundo tal espaço institucional, os serviços no qual irá desempenhar suas funções, os recursos disponíveis para a efetivação deste, sejam eles humanos, financeiros e de infraestrutura, além do embasamento legal para a sua efetivação.

Dessa forma, o Assistente Social terá conhecimento das condições institucionais, permitindo-lhe lutar pela ampliação dessas condições, bem como em nível de avaliação do serviço, dentro da Instituição e da própria efetividade da política pública de saúde que se propõe a entendê-la enquanto um serviço universal.

Segundo Ribeiro (2008), falar em demandas atuais para a profissão de serviço social significa pressupor um novo contexto; pressupor elementos novos que anteriormente não estavam postos. No

caso do serviço social brasileiro, acreditamos que este “novo contexto” significa compreender as demandas postas por esta situação de globalização e neoliberalismo. Também deve ser considerada a vinculação histórica da profissão com este conservadorismo. Assim (re)coloca-se ao profissional um desafio que consiste na reafirmação e enraizamento do projeto de formação que ora nos orienta, de aproximação à matriz do pensamento social crítico, numa realidade econômica, política e cultural explicitamente adversa.

Nessa lógica, a partir da análise desenvolvida, destacamos os desafios postos para o Serviço Social, na saúde privada. A saber: o primeiro desafio está na compreensão e distinção entre o Projeto Ético-Político e o projeto institucional. Nesse viés, identifica-se a questão dos limites institucionais e o fato de como o profissional os compreende no intuito de ampliar sua ação. O segundo desafio está compreendido na direção da efetivação da política de saúde, de garantia de acesso universal para além da questão das condições institucionais disponibilizadas para a execução do serviço, bem como das alianças construídas.

Por ser o Serviço Social uma profissão que atua no campo político-ideológico, apresenta como característica uma certa autonomia que lhe confere relativa independência na condução de suas ações. Assim, “suas atividades dependem da competência na leitura e acompanhamento dos processos sociais, assim como no estabelecimento de relações e vínculos sociais com os sujeitos sociais junto aos quais atua” (IAMAMOTO, 2006, p. 97).

É também uma profissão institucionalizada na qual seus meios de trabalho são fornecidos pela instituição empregadora. Sendo assim, esta se reserva o direito de ser a organizadora do processo de trabalho dos profissionais que lhe prestam serviços, inclusive o Assistente Social. Portanto, cabe a este trabalhador compreender o exercício profissional entendendo a instituição empregadora como organizadora do processo de trabalho, e ao mesmo tempo, realizar a leitura conjuntural buscando compreender o contexto político no qual está inserido e como a política de saúde com a qual está trabalhando está sendo priorizada.

Dessa forma, a partir da identificação dos desafios postos, os assistentes sociais têm condições de desenvolver estratégias coletivas de enfrentamento destes desafios. Essas estratégias perpassam a compreensão da lógica que orienta a política na qual está inserido o serviço, enquanto uma lógica de política focalista, que colide frontalmente com o projeto profissional dos assistentes sociais. Isso implica em mediações para interferir nessa política focalista.

As estratégias a serem desenvolvidas e efetivadas, dentre outras, podem ser apontadas como:

- conhecimento dos recursos estabelecidos para implementação do serviço dentro do orçamento, buscando estabelecer possibilidades de ampliação das verbas para além dos recursos do programa;

- estabelecer aliados;

- intensificar o trabalho da rede de atendimento, fazendo com que efetivamente ela venha a se constituir como uma realidade;

- propor seminários permanentes com setores da sociedade civil que trabalham com a saúde suplementar;

- promover palestras informativas para os usuários dos planos de saúde não regulamentados explicando as implicações em manterem seus planos nesta categoria, incentivando-os a migrarem para o plano regulamentado os quais lhe garantirão maiores direitos dentro da saúde privada.

Espera-se que o presente estudo contribua com o debate sobre o exercício profissional do Assistente Social na saúde privada, considerando os limites e as possibilidades, e as contradições e especificidades dessa atuação profissional, possibilitando novos elementos de debates, questionamentos e aprofundamentos dessa temática. Espera-se também que colabore com a intervenção nesse espaço sócio-ocupacional e com a crítica fundamentada, qualificada e articulada aos processos e relações sociais.

REFERÊNCIAS

ALBIERE, Cleci Elisa. **A assistência domicilia como modalidade de atendimento à saúde no conte das políticas sociais.** Florianópolis: UFSC, 2003.

ALBUQUERQUE, S. M. R. L. de. **Assistência domiciliar:** diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. 2001. 180 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ALENCAR, Sandra Serafim A. de. **Condições institucionais e exercício profissional:** desafios postos para o serviço social na efetivação do programa sentinela no município de Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social/UFSC. Florianópolis, UFSC, 2007.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Considerações para o exame do processo de trabalho do serviço social. **Serviço social e sociedade.** n. 52, p. 24-47. São Paulo: Cortez, 1996.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo, Cortez, 2007.

BAHIA, Ligia. O espaço da regulamentação dos planos de saúde no Brasil: notas sobre ação de instituições governamentais e da sociedade civil. **Saúde em debate.** Rio de Janeiro, n. 60, 2005.

_____; SANTOS, I; GAMA, A. **A agenda de regulamentação dos planos e seguros de saúde:** notas sobre o debate do legislativo e executivo. Rio de Janeiro, 2000.

BANCO MUNDIAL. **Diretrizes para aquisições no âmbito de empréstimos do BIRD e créditos da AID.** Washington D.C, 1997.

BARONE, Sônia Regina de Mesquita. **A regulação no mercado de planos de saúde:** a ação do consumidor e a estratégia da agência nacional de saúde suplementar – ANS. Dissertação (Mestrado Executivo) Fundação Getulio Vargas. Rio de Janeiro, 2003.

BARROCO, Maria Lucia Silva; TERRA, Sylvia Helena. Código de ética do a assistente social comentado. **Conselho Federal de Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2012.

BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Moraes dos. Questão social e direitos. **Serviço Social:** direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Lei dos Planos de Saúde, Lei 9.656, de 03 de junho de 1998.** Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:
<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 1 jun. 2010.

BRASIL. **Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases para educação nacional. Disponível em:
<<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 1 jun. 2010.

BRASIL. **Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008.** Institui a Rede Federal de Educação Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03>. Acesso em: 1 jun. 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7234, de 19 de julho de 2010.** Dispõe sobre o PNAES. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007/Decreto>. Acesso em: 1 jun 2010.

BRASIL. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Política de Inclusão da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica.** Brasília: MEC, 2008.

_____; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária ofensiva neoliberal. In: BRAVO; PEREIRA, P. P. (Orgs.) **Política Social e democracia.** São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Assistentes Sociais no Brasil:** elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília: CFESS, 2005.

COUTO, Berenice Rojas. O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal. **Caderno de Capacitação.** Brasília, 2002.

CRUZ, Lucila Pedroso. **Assistência domiciliar:** estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no Estado de São Paulo. São Paulo, 1999, 128 p. Dissertação. (Mestrado em Administração Hospitalar) Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1999.

DEMÉTRIO, Fabiana. **O Direito Universal à saúde na terceira idade:** um princípio a ser conhecido. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Serviço Social). Florianópolis: UFSC, 2005.

DUARTE, Yeda A. De Oliveira; DIOGO, Maria J. D. **Atendimento Domiciliar:** um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda. O Serviço Social na cena contemporânea. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

KARSCH, Ursula. **O Serviço Social na era dos serviços**. São Paulo: Cortez, 1987.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro Primeiro: O Processo de Produção do Capital vol. 2. Ed. Civilização Brasileira, 1975.

NETO, Antonio Joaquim Fernandes. **Plano de Saúde e Direito do Consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O Direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. Tese (Doutorado em enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

RIBEIRO, Edaléia Maria. **Desafios da formação profissional numa sociedade globalizada e desigual**. Salvador: FITS CFESS, 2008.

SETOR DE CADASTRO DA UNIMED LITORAL. Perfil do usuário [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <fabiana-demetrio@hotmail.com> em 12 jul. 2012.

SILVA, Marlize Vinagre. Ética profissional: por uma ampliação conceitual e política. In: BONETTI, Dilcéa A. (Org.) **Serviço Social e ética**: convite a uma nova práxis. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVEIRA, Luciana Souza da. **Prevenção de doenças e promoção da saúde**: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar. Dissertação (Mestrado em Saúde Suplementar) Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

SIMIONATTO, I. **Crise, reforma do Estado e políticas públicas**: implicações para a sociedade civil e para a profissão. Florianópolis, 1997.

SOARES, Joseneide Costa. O trabalho dos/das assistentes sociais em operadoras de planos privados de saúde. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz do Maranhão, 2007.

SOARES, Rita de Cássia Murta Rocha. **A particularidade da responsabilidade social no setor sucroalcooleiro de Alagoas**. Mestrado (Serviço Social) Recife, 2003.

SPOZATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. vol.8 n.4 Rio de Janeiro out./dez. 1992.

UNIMED. **Portal**. Disponível em: <<http://www.unimedrc.com.br>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

VERGARA, Eva Maria Bittencourt. O significado da categoria mediação no serviço social. **Seminário nacional Estado e políticas sociais no Brasil**. Disponível em: < [http://cac-
php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Assistencia%
20Social/eixo3/98evavergara.pdf](http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Assistencia%20Social/eixo3/98evavergara.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2011.