

CARLA ANDRESA FERREIRA

**AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS QUE LEVARAM OS BENEFICIÁRIOS
DA UNIMED COSTA OESTE A ADQUIRIR UM PLANO DE SAÚDE**

**TOLEDO
2007**

CARLA ANDRESA FERREIRA

**AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS QUE LEVARAM OS BENEFICIÁRIOS
DA UNIMED COSTA OESTE A ADQUIRIR UM PLANO DE SAÚDE**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social,
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da
Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora: Prof^a. Mestre Vera Lúcia
Martins**

**TOLEDO
2007**

CARLA ANDRESA FERREIRA

**AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS QUE LEVARAM OS BENEFICIÁRIOS
DA UNIMED COSTA OESTE A ADQUIRIR UM PLANO DE SAÚDE.**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Serviço Social,
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da
Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
como requisito parcial à obtenção do grau
de Bacharel em Serviço Social.**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Mestre Vera Lúcia Martins
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Alfredo Batista
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof^a. India Nara Smaha
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, 13 de Novembro de 2007.

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Antonio Carlos e Rosa Inês,
pelo apoio irrestrito.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente:

a Deus, pela oportunidade da vida;

a minha família, meus pais e minhas lindas irmãs, pelo amor e confiança;

- devo tudo a vocês e os amo muito!

Aos meus amigos de longa data, pelos bons momentos de alegria;

as amigas de todas as horas Luize, Mel, Lucilene, Raquel, Franci Gregório, Franci Buratto, Andressa, Viviane, Luciana... pela companhia, apoio e conselhos;

aos colegas de turma, aos colegas do estágio, aos ex-colegas de turma que tomaram outros rumos durante nossa formação;

aos professores graduados, mestres, doutores do curso de Serviço Social pelo subsídio moral, social, literário e científico durante este processo de formação;

a professora mestre Vera Lúcia Martins, pela paciência e orientação;

a comunidade acadêmica da Universidade Estadual do Paraná – UNIOESTE;

a Assistente Social Jane F. P. Brustolin, pela oportunidade e confiança;

aos colegas do estágio curricular;

aos sujeitos da entrevista, pela valiosa contribuição para realização deste estudo;

a todos que colaboraram de alguma forma para realização e finalização deste estudo;

e por fim agradeço especialmente ao meu Messias...

- Palavras não definem a importância da sua presença em minha vida, o quanto você representou, representa e sempre representará pra mim, amo você.

Graças a todos me sinto muito mais humana!

“Se a essência fosse
detectada pela aparência não
haveria necessidade da ciência”.

(KARL MARX)

FERREIRA, C. A. **AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS QUE LEVARAM OS BENEFICIÁRIOS DA UNIMED COSTA OESTE A ADQUIRIR UM PLANO DE SAÚDE.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* - Toledo, 2007.

RESUMO

Esse trabalho de conclusão de Curso - TCC aproxima-se da temática da saúde enquanto direito legitimado constitucionalmente. Tem como objetivo geral de estudo analisar as determinações sociais que levaram os beneficiários da UNIMED Costa Oeste a adquirir um plano de saúde suplementar. Para o processo de investigação deste estudo utilizou-se da pesquisa qualitativa e como método a ser utilizado, o estudo de caso sendo a unidade pesquisada a cooperativa de trabalho médico UNIMED Costa Oeste. Aplica-se a técnica de entrevista padronizada, com questões fechadas e abertas, utilizando-se de um gravador e o formulário como instrumentais para a coleta de dados. O universo da pesquisa corresponde aos aproximadamente 33 mil beneficiários da UNIMED Costa Oeste, determinando como sujeitos as 9 usuárias do plano tipo empresarial, básico, hospitalar, com obstetrícia, especificamente as mulheres que participaram do XVI curso de Pré-Natal do Projeto Viva Vida realizado no mês de setembro no auditório da UNIMED Costa Oeste. Os resultados da pesquisa apresentaram um aspecto existente antes da CF/88 relativo ao atendimento médico exclusivo aos inseridos no mercado de trabalho. Ou seja, mesmo depois da carta magna pouca coisa mudou com relação ao atendimento médico hospitalar. Concluiu-se que a hipótese levantada de que para a sociedade há uma desvalorização quanto à qualidade dos serviços prestados pelo setor público com relação ao setor privado é verdadeira. Tal desvalorização não parte diretamente da sociedade, mas do Estado que age fundamentado na lógica neoliberal, reforçando a idéia da livre concorrência do mercado e da liberdade individual e autopromoção. Grande parte do sucateamento do setor público diz respeito a desresponsabilização do Estado com relação aos direitos sociais, que incentiva o progresso das empresas privadas, privatizando as instituições públicas.

Palavras Chaves: Direito à Saúde, Serviços públicos e Serviços privados.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – TAXA DE COBERTURA DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTENCIA A SAÚDE (TODOS OS VINCULOS), POR MUNICIPIO (BRASIL – JUNHO/2006)	27
GRÁFICO 1 - VÍNCULOS AOS PLANOS PRIVADOS DE ASSITÊNCIA À SAÚDE, POR SEGMENTO ASSISTENCIAL (BRASIL - 2000-2006).....	27
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, POR MODALIDADE DA OPERADORA (BRASIL - JUNHO/2006)	31
GRÁFICO 3 - RENDA FAMILIAR.....	45
GRÁFICO 4 - NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA UNIMED COSTA OESTE	50
QUADRO 1 - EIXOS PARA A APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA E QUESTÕES QUE NORTEARAM A COLETA DE DADOS.....	43
QUADRO 2 - PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA	44
QUADRO 3 - FREQUÊNCIA QUE OS SUJEITOS DA PESQUISA UTILIZAM OS SEUS PLANOS DE ASSISTENCIA MÉDICA ANTES DO PERÍODO GESTACIONAL.	47
QUADRO 4 - SUJEITOS DA PESQUISA QUE JÁ UTILIZARAM OS SERVIÇOS DO SUS.....	52

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Política da Saúde
CNS	Conferência Nacional da Saúde
Conasp	Conselho de Administração da Saúde Previdenciária
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PLS	Departamento de Planejamento do Inamps
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

RESUMO	7
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	8
INTRODUÇÃO	11
1 O AMBIENTE CONSTITUINTE DOS DIREITOS SOCIAIS	14
1.1 O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA.....	15
1.2 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	18
1.2.1 O direito à saúde legitimado constitucionalmente.....	21
1.2.2 A lógica neoliberal e a política da saúde suplementar	23
1.2.2.1 A Política da Saúde Suplementar e a UNIMED Costa Oeste.....	26
1.2.2.2 – A UNIMED Costa Oeste Seus Beneficiários	31
2 A UNIMED COSTA OESTE: CAMPO DE ESTÁGIO E ANÁLISE DA PESQUISA.....	37
2.1 A UNIMED COSTA OESTE: CAMPO DE ESTÁGIO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL	37
2.2 METODOLOGIA DA PESQUISA	40
2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA	43
2.3.1 Eixo I – O Perfil dos Beneficiários da UNIMED Costa Oeste	44
2.3.2 Eixo II – Considerações dos Beneficiários Quanto ao Plano de Saúde Suplementar Ofertado pela UNIMED Costa Oeste.....	45
2.3.3 Eixo III – Considerações dos Beneficiários da UNIMED Costa Oeste quanto ao SUS	51
2.3.4 Eixo IV – Compreensão dos Beneficiários Quanto ao Direito à Saúde Legitimado Constitucionalmente	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICES.....	64
ANEXOS	69

INTRODUÇÃO

O trabalho de conclusão de curso (TCC) é uma construção de grande significado acadêmico. Nele geralmente são abordadas as maiores inquietações que perpassaram a vida acadêmica e também são exteriorizados os conhecimentos acumulados neste processo de formação profissional, lógica presente na elaboração desse trabalho. Aqui foram versadas a maioria das observações idealizadas no processo de formação da pesquisadora.

Sendo assim, esse TCC se aproxima da temática da saúde enquanto direito legitimado constitucionalmente. Direito que, no Brasil, somente passou a ser reconhecido com a emergência do movimento pela reforma sanitária e sua defesa por um novo sistema de saúde, contribuindo significativamente na construção da Constituição Federal de 1988 (CF/88), marco histórico dos direitos sociais. Somente a partir deste momento é que a saúde passa a ser tratada como determinante e condicionante para uma vida digna, direito de todos os cidadãos e dever do Estado garanti-la.

Antes da CF/88 a saúde era entendida apenas como mera ausência de doença. O atendimento médico hospitalar era garantido somente aos indivíduos inseridos no mercado de trabalho, os contribuintes. O restante da população ficava à mercê do atendimento ofertado pelas casas de misericórdia, a filantropia.

Com a aprovação da CF/88 e a promulgação da Lei 8080/90, a Lei Orgânica da Saúde – LOS que vem para determinar como serão garantidos os direitos à saúde, articula-se no Brasil a criação de um sistema que incorpora ações e serviços visando a redução do risco da doença, não apenas a sua cura, a fim de garantir o direito fundamental à saúde. Assim, tramitou-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), num processo repleto de embates políticos envolvendo interesses públicos e privados, concretizando a criação de um sistema público de atenção à saúde para todos os cidadãos.

Porém, já passadas aproximadamente duas décadas da implantação do SUS, as empresas operadoras¹ de planos de saúde têm aumentado sua cobertura por todo o Brasil, eximindo uma parcela considerável de beneficiários da responsabilidade do Estado em prover a garantia dos serviços de saúde, reforçando a privatização dos direitos sociais.

Partindo desta discussão é que se manifesta o interesse em realizar uma pesquisa qualitativa relativa à temática da relação entre o direito à saúde legitimado constitucionalmente e a crescente desresponsabilização do Estado com os direitos sociais.

¹ As empresas operadoras, cooperativas, auto-gestão, medicinas de grupo, odontologia de grupo, modalidades do setor privado de saúde, são regulamentadas pela Agência Nacional de Saúde – ANS e comercializam serviços de atendimento médico e odontológico.

No processo de estágio curricular I e II realizado na cooperativa de trabalho médico UNIMED Costa Oeste, operadora de plano de saúde suplementar, surge o interesse pela pesquisa. Através das atividades de visita hospitalar, observa-se que os beneficiários levantavam reclamações relativas à qualidade dos serviços prestados pela cooperativa e em relação ao custo/benefício dos planos.

Assim, observa-se outro aspecto interessante detectado pela pesquisadora no campo de estágio em relação ao comportamento destes beneficiários, pois enquanto consumidores estes indivíduos cobram muito mais por seus direitos do que enquanto cidadãos. E poucos indivíduos cobram do Estado a melhoria de serviços públicos, chegando a abdicar deste direito, que ironicamente é financiado pelos impostos pagos por eles, preferindo assim atendimento privado.

Refletindo sobre este comportamento e considerando que a saúde é um direito e o SUS uma política para a garantia deste direito, busca-se compreender porque algumas pessoas abdicam desta garantia e pagam um plano de saúde. Com isso provoca-se o problema de estudo: que determinações sociais levaram os beneficiários da UNIMED Costa Oeste a adquirir um plano de saúde?

Buscando responder à problemática proposta o objetivo geral do estudo consiste em analisar as determinações sociais levaram os beneficiários da UNIMED Costa Oeste a adquirir um plano de saúde. Objetivo que se desdobra em objetivos específicos: Identificar os fatores determinantes que impulsionam o beneficiário da UNIMED Costa Oeste em adquirir um plano; Identificar as razões da não utilização dos serviços do SUS; Identificar as condições dos serviços prestados e o grau de satisfação dos beneficiários em relação aos serviços da operadora e do SUS; e compreender o conceito de saúde sob a ótica dos usuários do plano de saúde suplementar da UNIMED Costa Oeste.

A partir do exposto levanta-se a hipótese de que para a sociedade há uma desvalorização quanto à qualidade dos serviços prestados pelo setor público com relação ao setor privado, desvalorização essa fundamentada na lógica neoliberal e suas principais proposições. Ou seja, a lógica neoliberal de desresponsabilização do Estado perante os direitos sociais, valorizando o que é privado em detrimento do que é público.

Para o processo de investigação da pesquisa do tipo qualitativa define-se como método a ser utilizado, o estudo de caso, tendo como unidade a ser pesquisada a cooperativa de trabalho médico UNIMED Costa Oeste.

As informações angariadas nesta pesquisa partiram da análise de documentos como: contratos, históricos, informações do sistema de dados, revistas periódicas, além de conversas informais com os colaboradores da cooperativa, aplicando-se também a técnica de entrevista padronizada, com questões fechadas e abertas, utilizando-se de um gravador e o formulário como instrumentais para a coleta de dados.

O universo da pesquisa corresponde aos aproximadamente 33 mil beneficiários da UNIMED Costa Oeste e, pela sua vasta extensão, a delimitação de uma amostra foi imprescindível, sendo definida a amostra por acessibilidade. Escolhida principalmente pelos critérios de facilidade de contato e maior acesso. Portanto, os sujeitos da pesquisa são as 9 (nove) usuárias do plano tipo empresarial, básico, hospitalar, com obstetrícia, especificamente as mulheres que participaram do XVI curso de Pré-Natal do Projeto Viva Vida realizado no mês de setembro no auditório da UNIMED Costa Oeste.

O trabalho está estruturado em dois capítulos. O primeiro capítulo corresponde à fundamentação teórica, apresentando os aspectos do ambiente constituinte dos direitos sociais, onde se enfatiza o movimento pela reforma sanitária e sua importância na consolidação da CF/88, inclusive e principalmente para a legitimação do direito à saúde, além de aspectos relativos a lógica neoliberal, a política da saúde suplementar e sua relação com a UNIMED Costa Oeste, bem como as suas características estruturais e seus beneficiários.

No segundo capítulo inicialmente são identificados os aspectos gerais do campo de estágio sócio-ocupacional da UNIMED Costa Oeste, posteriormente, os métodos e os procedimentos adotados para a realização da pesquisa e a análise e interpretação dos dados coletados.

1 O AMBIENTE CONSTITUINTE DOS DIREITOS SOCIAIS

Na década de 1970, o Estado atravessando uma série de problemas conjunturais se vê obrigado a priorizar a questão social, mais especificamente a Saúde. Neste período, contextualiza uma abertura política e sofre pressão popular caracterizada pela intensificação da crise econômica; perda da legitimidade do Estado burocrático autoritário; impactos da crise social econômica causada pelo financiamento do projeto de desenvolvimento econômico iniciado em 1964; e ainda tendo à volta os Movimentos Sociais e seus líderes reivindicando a lei de anistia.

É importante ressaltar que, aliada a essa conjuntura nacional, fervilhava internacionalmente a combinação de outros fatores que influenciaram a política interna brasileira como é o caso da crise do modelo de produção Keynesiano–Fordista. Essa crise caracterizou-se pelo baixo crescimento econômico; a incapacidade do Estado em gerenciar sua função mediadora; não absorção de novas gerações de trabalhadores; crescimento de dívidas Públicas e Privadas; exploração da juventude em 1968, a “Rebeldia”; e a crise do petróleo de 1973 onde houve um elevado aumento do petróleo no mundo inteiro. Em decorrência, as elites passaram a questionar o papel do Estado na mediação das questões sociais, através das chamadas Políticas Sociais, haja vista que, neste modelo, o Estado tem por obrigação intervir tanto do ponto de vista econômico, contratando ou disponibilizando recursos e controlando as ações da economia, como do ponto de vista das questões sociais, as Políticas Sociais².

Nesse contexto, a retomada das teses do liberalismo clássico, teve terreno propício para o ressurgimento do liberalismo ortodoxo ou Neoliberalismo que busca a supremacia, a hegemonia política e econômica³. Ainda que não tenha havido no Brasil um estado de bem-estar Social de fato, as proposições da tese do neoliberalismo estão presentes como alternativas para sair da crise que se instalava mundialmente. Dessa forma, as proposições neoliberais caminharam no sentido de defender um Estado forte para romper com o poder dos sindicatos e controlar a moeda; diminuir os impostos sobre rendimentos mais altos, a chamada reforma fiscal; minimizar a responsabilidade do Estado sob os gastos sociais e ainda promover o desmonte dos direitos sociais sem falar da disciplina orçamentária que controla os escassos gastos sociais.

² Conteúdo exposto na aula de Núcleo Temático: serviço social, saúde, drogas e direitos humanos em 17 de abril de 2007, ministrada pela professora Vera Lucia Martins.

³ Assunto ao qual deverá constar posteriormente nos próximos pontos, especificamente no item 1.2.2 - Política da Saúde Suplementar e Lógica Neoliberal.

Cohn (1991, p. 16) nos leva a entender o movimento neste período, onde se cria o espaço adequado para o Setor Privado de prestação de serviços médicos, florescendo e se capitalizando à custa da não intervenção maciça por parte do Estado na área da Saúde, a despeito da criação do SUS, a partir da Constituição Federal – CF/88, sofrendo, a rede Pública de serviços, o sucateamento, pois a Política de Saúde não se constitui prioridade na ordem dos investimentos públicos. Constitui-se o Setor Privado da Saúde no apogeu das empresas médicas, cooperativas médicas e hospitais privados (modalidades do Setor Privado da Saúde), consolidam a concepção de direito como um privilégio vinculado à contribuição previdenciária e/ou seguro de Saúde Privados.

1.1 O MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA

A década de 1970 foi o período marcado pelos momentos críticos da saúde que antecedem a constituinte promulgada em 1988, correspondendo ao chamado Movimento Sanitário, Movimento Sanitarista ou Movimento pela Reforma Sanitária. Destacou-se ao longo da década de 1980 no processo pela democratização da Saúde em que o Estado contextualiza uma abertura política propícia ao Movimento.

Ao analisar “[...] o processo constituinte vivido na sociedade brasileira, destaca-se a exclusividade da elaboração da nova constituição pelos próprios parlamentares constituintes [...]” (RODRIGUES NETO, 2003, p.20). Mas com a “[...] participação direta de outros segmentos da sociedade na definição dos rumos, das teses e dos preceitos que passaram a integrar a nova Constituição [...]” (*id, ibid*, p.20). O Movimento Sanitário fez-se presente em muitos desses momentos e, segundo o autor supracitado, obedeceu a uma organicidade e consistência levando as conquistas, na medida em que conquistou espaços institucionais podendo até impor uma contra-reforma, atribuídas às características politizadas do movimento.

Conseguiu unir o conhecimento da realidade, acumulado por alguns grupos de medicina preventiva, social e de saúde pública, já então influenciada pela metodologia da ciência social marxista, às experiências de pessoas e grupos na implementação de projetos isolados de reorganização de serviços de Saúde, participação comunitária, na linha da atenção primária, medicina simplificada e outros projetos de racionalização (*id, ibid*, p.34).

A criação do Centro Brasileiro de Política da Saúde (CEBES) pode ser considerado o “fio condutor” para a contextualização do processo constituinte. A partir de 1976, simultâneo a “[...] inflexão do modelo assistencial da Previdência Social e aliada ao

início das conquistas associativas na sociedade brasileira[...]” (*id, ibid*, p.33), que ascendem os momentos de debates envoltos a questão da Saúde tomando mais consistência.

De acordo com a contribuição de Rodrigues Neto (*ibid*, p. 34-35) a produção e divulgação de conhecimentos carregados de ideologias e propostas transformadoras, a ocupação de espaços institucionais, o trabalho com parlamentares cobrando posicionamentos de autoridades da área, entre outros elementos, configuram estratégias estabelecidas no enfrentamento das forças contrárias as ideologias do movimento.

No I Simpósio Nacional de Políticas da Saúde, promovido por uma Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, em 1979, assessorada pelo CEBES, põe-se publicamente a idéia do Sistema Único de Saúde – SUS. As reivindicações do Movimento pela Reforma Sanitária são consideradas como propostas de reorientação da saúde que contemplou o PREVSAÚDE. A pressão popular obrigou o governo a adotar algumas medidas e as principais diretrizes do Movimento pela Reforma Sanitária.

Rodrigues Neto (*ibid*, p.38) acrescenta que uma das barreiras do PREVSAÚDE era a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE), neste caso, aliada aos interesses neoliberais de preservação da área hospitalar privada. Como consequência deste embate houve uma derrota do Movimento tendo em vista que o projeto foi engavetado, embora, mais tarde, em 1981, na tentativa de “salvar” o PREVSAÚDE, surge o “Convênio Trilateral” essencialmente um plano comum de recursos Federal, Estaduais e Municipais para a manutenção dos serviços públicos. E, novamente, desta vez, por interesses pessoais, foi engavetado.

“De qualquer forma fica evidente a falta de firmeza ou de poder do Ministério da Saúde na defesa dos princípios essenciais do reivindicado SUS [...]” (*id., ibid*, p. 39-40) e novamente com a constante crise da previdência e por decisões políticas do governo, em 1982, passam a adotar o Pacote da Previdência. Este plano pretendia aumentar as alíquotas da contribuição, diminuir os benefícios de aposentados e principalmente, pretendia intervir nos gastos com a assistência médica da Previdência Social. Acordos que resultaram na criação do Conselho de Administração da Saúde Previdenciária – Conasp.

A tendência do Conasp era manter o modelo assistencial com medidas de controle do Setor Público e Privado, e com relação a este último pretendia modernizá-lo obedecendo às regras da concorrência do capitalismo.

Em 1982, o Movimento intervém com uma contraproposta ao Conasp e apresenta um plano que substituía o “Convênio Trilateral”, impondo claras divergências entre propostas dos Setores Públicos e Privado.

Do ponto de vista da evolução do Movimento de Democratização da Saúde, ainda segundo Rodrigues Neto (2003, p.46), cabe, no entanto, destacar as Ações Integradas de Saúde – AIS que foram retomadas em 1983 após a nomeação do novo diretor

do Departamento de Planejamento do Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) - PLS, representando vitória ao movimento, uma vez que o diretor nomeado partilhava dos ideais do movimento da reforma sanitária.

Em seguida, com a crise da PLS e demissão de seu Presidente, as “Diretas Já” e a partir de algumas discussões promovidas pelo CEBES

[...] o movimento sanitário traçou a estratégia de ocupar todos os espaços de discussão possíveis, articular-se com as lideranças da Aliança democrática e promover encontros, com a finalidade não só de obter clareza sobre o plano de governo desejável na área da saúde, como também de influir na sua adoção (*id, ibid, p.48*).

Assim, para dirimir o impasse, fazer alianças e traçar estratégias correspondentes foi convocada a VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS), momento em que o movimento teve significativa influência, na medida em que boa parte das reivindicações foram aprovadas e colocadas como propostas, contribuindo na construção de um novo modelo de atenção à Saúde e um novo Sistema de Saúde, servindo de base para a elaboração do capítulo da Saúde na CF/88 e da Lei Orgânica da Saúde - LOS aprovada em 1990 pela LEI N.º 8080/90.

Ao longo da trajetória do movimento é evidente a ampliação do debate quanto à melhoria da situação da saúde e democracia. Basicamente suas principais propostas defendiam a universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através do sistema de unificação de saúde, a descentralização do processo decisório das esferas estatal e municipal e o financiamento efetivo e a imprescindível participação popular com a democratização do poder local com os conselhos de saúde (PARANÁ, 1991).

A VIII CNS de março de 1986 legitima o projeto da reforma sanitária no Brasil, como observa Rodriguez Neto (2003, p.129), o qual está alicerçado em elementos teóricos que enfatizavam a compreensão de doenças sob a ótica das suas determinações sociais e a organização da prática da saúde em torno de uma lógica racional, eficaz e eficiente o que mais tarde culminou na construção do SUS.

Este movimento além de ser um marco na redefinição das ações de saúde no Brasil contribuiu muito para a redemocratização do país, com a promulgação da CF de 1988 considerado um marco para democracia brasileira no que se refere ao campo político, pois o reconhecimento dos Direitos Sociais se configura como um inegável avanço.

1.2 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O Brasil desde 1822 - data da sua Constituição como República Federativa - passou por várias re-constituições, período em que o reconhecimento dos direitos sociais para todos não era difundido. Até a última Constituição promulgada em 05 de Outubro de 1988. Como já mencionado, importante marco para os Direitos Sociais, definidos como “[...] à condição de vida e trabalho e ao acesso aos bens e serviços reconhecidos pela sociedade como mínimos indispensáveis a uma vida digna” (BARROS, 1991, p.32).

Na Constituição Federal são expressos os princípios fundamentais e diretrizes para garantia dos direitos sendo dever e responsabilidade do Estado promover a proteção integral ao cidadão por meio de Políticas Sociais e econômicas.

A natureza dos direitos sociais no Brasil sempre foi “[...] de conceder medidas as classes trabalhadoras em momentos de descontentamento e revoltas às condições de trabalho e remuneração [...]” (SILVEIRA, 2002, p.12). Contudo, vale mencionar que a Política de Saúde até 1988 foi “[...] uma política de negociação entre classes trabalhadoras e donos do capital, considerada como benefício [...]” (*id, ibid*, p.12), não como direito.

Os primeiros modelos de seguro aos trabalhadores urbanos datam de 1923, com a aprovação da Lei Elói Chaves, referência do surgimento da previdência⁴, que dá origem às Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) organizadas por empresas. Em 1930, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) incorporam a estrutura das CAPS, que permaneceram como sistema previdenciário organizado por categorias profissionais até 1966 quando então é unificado todo o sistema Previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (JUNIOR, 2005, p.20).

Durante o Regime Militar, 1964–1985, o governo subsidiou a construção de grandes hospitais para grupos privados, credenciando-os para prestar serviços ao INPS. Modelo este de Saúde Privada que foi aprofundado assim como o atendimento previdenciário foi mantido. Concomitantemente, as exigências das carteirinhas do INPS permaneceram até a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), exercendo a descentralização e ampliação do atendimento, uma medida moderada do Governo Federal ao repassar aos Estados e Prefeituras recursos financeiros pelos serviços prestados.

O retorno dos Movimentos Sociais no país, na década de 1970, com a anistia e a superação do regime militar iniciou um processo de reivindicação de melhorias na condição de vida da população e pela redemocratização do país.

⁴ Embora por alguns autores seja considerada uma inverdade, pois se apresenta como sendo o primeiro modelo de atendimento previdenciário relevando a existência de modelos anteriores.

Portanto a CF/88 é produto do Movimento brasileiro pela redemocratização do país a fim de modificar esta relação de concessão dos Direitos Sociais. O capítulo da ordem Social concentra aspectos profundamente defendidos na assembléia constituinte. Aspectos estes que passaram por um processo de intensa disputa entre dois blocos principais: as forças do Movimento pela Reforma Sanitária que buscava afirmação e extensão dos Direitos Sociais; e os grupos empresariais de defesa do Setor Privado.

No texto constitucional destaca-se “[...] o setor saúde porque o definiu como setor de relevância pública [...]” (PARANÁ, 1991, p.07). Após vários acordos políticos, inclusive com forte pressão popular, atende em grande parte as reivindicações do Movimento Sanitário, prejudicando os interesses empresariais do setor hospitalar, não alterando a situação da indústria farmacêutica.

Os novos rumos da Política da Saúde partem principalmente da defesa do direito ao acesso universal e igualitário à Saúde, para todos os cidadãos, independentemente de etnia, credo, idade, ou seja, sem nenhum tipo de discriminação entre os segurados e os não segurados, população rural ou urbana, significando a universalidade do direito como estabelece o artigo 196, do capítulo I quanto à ordem Social:

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, 2004, p. 50).

Como constam também nos artigos subseqüentes, 197 e 198 o setor da saúde passa a ser de relevância para o poder público. O Estado é responsável em garantir as condições para a redução do risco de doenças e de outros agravos bem como as ações a ela relativas, dispondo da sua regulação, fiscalização e controle. A CF/88 também dispõe sobre a integralidade da rede de saúde regionalizada e hierarquizada a fim de constituir um sistema único para assegurar a integração da rede ao nível nacional, atendendo as peculiaridades regionais e tendo como diretrizes a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

A perspectiva de descentralização tem como pressuposto a regionalização e a hierarquização, correspondendo a uma forma de gestão do Estado moderno, com redistribuição do poder, onde cabe a União coordenar e normatizar os serviços; aos Estados a coordenação dos serviços em sua abrangência e prestando cooperação técnica aos municípios que, por sua vez, administram e executam os serviços de saúde locais, facilitando na resolução de problemas onde estes são identificados (PARANÁ, 1991, p. 10), ao contrário dos processos de organização dos governos ditatoriais completamente centralizados.

Distingui-se do conceito de descentralização neoliberal, como afirma Stein (1997, p.81-93), por dar poder à sociedade na responsabilização pelas políticas sociais, retirando o Estado do seu dever em financiá-las, característica das reformas estatais da década seguinte, 1990.

A concepção integral, como diretriz da Saúde na constituinte, exige o desenvolvimento das ações preventivas e curativas, decorrentes do reconhecimento das determinações sociais das doenças, considerando o indivíduo como um ser integral, submetido às determinações sociais “privilegiando a saúde e não a doença”. Um atendimento sem discriminação de gênero, etnia, sexo, enfim de nenhuma natureza. E ainda um atendimento que não restrito ao tratamento a doenças, mas que ofereça serviços de promoção e prevenção da saúde (PARANÁ, 1991, p. 10).

Por fim, a participação da comunidade, um dos parâmetros inovadores apresentados como um positivo avanço na democracia, uma vez que coloca a comunidade como integrante nas decisões da gestão das políticas de forma que possibilita à população, por meio de seus representantes, definir, acompanhar a execução e a fiscalização das políticas de saúde.

Quanto ao financiamento da Saúde, a Constituição estabelece como fonte principal as dotações destinadas pelo orçamento da Seguridade Social. Sendo vedada à destinação de recursos Públicos para subvenção a instituições com fins lucrativos, mas não impede que as entidades de caridade sem fins lucrativos recebam algum auxílio. Porém, a Constituição também assegura no artigo 199 que a assistência à Saúde é livre à iniciativa privada, sendo a participação do Setor Privado de Saúde apenas como complementar. Embora esta proposição seja questionável, tendo em vista que, muitas vezes, o este setor atua como principal, pelo menos no campo das escolhas quanto à assistência médica, sobressaindo ao SUS⁵. Portanto, permitiu-se apenas que as instituições Privadas supram carências físicas e humanas que possam existir, através da celebração de contratos de Direito Público ou convênio, segundo diretrizes determinadas pelo próprio sistema.

A partir do conceito de Saúde defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, que expressa condições e determinações econômicas e sociais para a vida em sociedade.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde LEI N.º 8080/90, artigo 2, parágrafo 3 (CRESS, 2003, p. 161).

⁵ No entanto também será uma discussão aprofundada nos itens posteriores.

Transcendendo, assim, o entendimento relativo à Saúde de simples assistência médica, como era entendida antes deste período Constitucional.

Como um dos principais ganhos do Movimento pela Reforma Sanitária, na reordenação da Saúde, constitui o SUS no artigo 200 em suas atribuições e competências, integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade.

1.2.1 O direito à saúde legitimado constitucionalmente

A legitimidade do Direito à saúde a ser observada refere-se à compreensão do direito no sistema democrático brasileiro como afirmam Marx e Engels citado por Moreira (2004, p.13), o Direito é próprio da sociedade de classes, como determinação histórica e social, na perspectiva do sistema democrático.

A sociedade democrática, por sua vez, corresponde àquela na qual ocorre real participação de todos os indivíduos nos mecanismos de controle das decisões, havendo, portanto, real participação deles nos rendimentos da produção.

Portanto, o processo histórico da sociedade democrática brasileira, segundo Vieira (1992, p.12), converteu-se em ave rara no que se refere ao Estado de Direito, devido à participação formal e passiva atribuída a sociedade de massas ou sociedade do consumo difundida como sociedade democrática, onde se ratificou o conformismo de que alguns nasceram pra mandar e outros para obedecer, a Lei.

A discussão dos Direitos e o esforço da construção da Democracia desde a Proclamação da República tiveram maior manifestação após a ditadura e seu ápice na CF/88.

Já 15 anos passados desde o fim da ditadura, problemas centrais de nossa sociedade, como a violência urbana, o desemprego, o analfabetismo, a má qualidade da educação, a oferta inadequada dos serviços de saúde e saneamento, e as grandes desigualdades sociais e econômicas continuam sem solução, ou se agravam, ou, quando melhoram, é em ritmo muito lento (CARVALHO, 2006, p.08).

Ainda segundo Carvalho (*ibid*, p.07) “[...] havia a crença de que a democratização das instituições traria rapidamente a felicidade nacional [...]” e que todos os problemas seriam resolvidos com a promulgação da chamada Constituição Cidadã.

Vieira (1992, p.12) afirma que o mais perfeito e seguro sustentáculo do Estado de Direito é a sociedade democrática comparando a esperança depositada na Constituição Cidadã. Sendo o Estado de Direito sustentado por princípios fundamentais válidos onde a

liberdade prevalece sobre a autoridade. Assim, o Estado subordinado à lei - que por sua vez responde aos princípios de seu país - impõe a condição de que esta se origine de um órgão popular representativo, que expresse a vontade geral e ainda que se relacione e subordine a uma Constituição.

Portanto, ao reconhecer como autêntico e legítimo o desfrute dos Direitos Sociais cabe ao Estado, necessariamente, regulamentar como serão garantidos tais Direitos. Assim, são promulgadas as Leis Orgânicas e os Estatutos relativos aos Direitos Sociais, regulamentando-os em suas disposições, organização e funcionamento, em fim, determinando como serão efetivamente administradas às políticas que irão garantir tais direitos.

Aqui nos deteremos no setor da saúde que teve em setembro de 1990 a promulgação da Lei N.º 8080, dispondendo sobre as determinações constitucionais aferidas no artigo 200 da CF do Brasil de 1988, quanto ao SUS, a denominada Lei Orgânica da Saúde/LOS.

A LOS regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços e dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre a locação de recursos financeiros e sobre a estrutura dos conselhos e das conferências de saúde.

Entre as disposições da LOS cabe acrescentar algumas especificidades relativas ao financiamento dos serviços ofertados pelo SUS. A Saúde como componente da Seguridade Social partilha de seu orçamento. O orçamento pode ser entendido como um plano de receitas e despesas. Sendo a primeira correspondente aos recursos recolhidos através das fontes contributivas e fiscais arrecadadas pela União, Estados e Municípios. E o outro, despesas, relativas a todos os gastos com o financiamento, insumos, serviços e pagamento de pessoal (PARANÁ, 1991, p.15).

Dessa forma, o SUS é financiado, por recursos arrecadados pela União através de impostos, ou seja, por recursos públicos. Portanto, “[...] não quer dizer que os recursos sejam gratuitos [...]”, pois são pagos com o dinheiro de todos “[...] o cidadão não está obrigado a fazer pagamento direto pelos serviços que ele receba no SUS, o que não quer dizer que os serviços são gratuitos, ou seja, os serviços serão custeados com recursos Públicos” (JORGE, 1991, 49-50).

Pela LOS estes recursos devem ser depositados no Fundo de Saúde Nacional, Estadual ou Municipal de acordo com a procedência dos recursos (se são impostos ou contribuições da União, do Estado ou do Município) que funciona como uma conta especial exclusiva do setor cuja movimentação deverá ser feita sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde.

De todas as novidades da Constituição talvez as duas mais importantes tenham sido a idéia de Seguridade Social (garantia de direitos a todos os cidadãos) e a participação popular na definição e controle das ações e dos recursos. Isso garante o exercício direto do poder do povo, conforme o artigo 1 da Constituição (PARANÁ, 1991, p.57).

A participação popular é de extrema importância na elaboração e no controle do financiamento da Saúde, bem como para outros setores. Neste caso os conselhos de direitos são instrumentos para o exercício dos direitos podendo controlar e fiscalizar as ações dos Poderes Legislativos e Executivos a fim de evitar que ocorram “acordos políticos” entre ambos os poderes para uso do dinheiro como se fossem do governo ou dos políticos.

As várias re-constituições brasileiras até a promulgação da CF de 1988 “[...] historicamente [...] tem oscilado entre a inércia e a modernização imposta de fora, entre a promulgação da Constituição e a imediata proclamação de sua Reforma [...]” (VIEIRA, 1997, p. 68).

Por conseguinte, afirma Fleury (2004, p.117-118), à promulgação das leis orgânicas, arcabouço legal da constituinte, se contempla em meio a uma crise econômica e após um processo intenso de conflitos e barganhas na qual o poder Executivo se demonstrava hostil ao conteúdo reformista original da Seguridade Social.

Ainda segundo Fleury (*ibid*, p.117), o diagnóstico aferido à crise, apresentava um endividamento público devido à incapacidade interna e estrutural do Estado de gerar poupança considerada condição necessária do desenvolvimento sustentável do país.

Portando, em meio à aprovação das leis que regulamentariam os direitos legitimados pela Constituição Federal de 1988, tiveram que ser negociadas em uma nova conjuntura: a política reformista de cunho neoliberal orientado pela economia ortodoxa para a reorganização do modelo de seguridade.

1.2.2 A lógica neoliberal e a política da saúde suplementar

A retomada das teses do liberalismo clássico nas décadas de 70 e 80 teve terreno propício para o ressurgimento do Liberalismo Ortodoxo batizado de Neoliberalismo que busca a hegemonia política e econômica.

Essa retomada segundo Anderson (2000, p.09-10), tem relação com o movimento de reação política contrária ao Estado intervencionista de bem-estar social, o keynesianismo⁶. De acordo com Anderson (*apud* BEHRING, 1999, p.28), este movimento

⁶ De acordo com Behring (1999, p.25) o Keynesianismo foi uma expressão do reconhecimento do limite do mercado. Uma teoria lançada após um período de crise econômica mundial que questionava as proposições clássicas e neoclássicas da economia política, entendida como ciência natural,

corresponde à reivindicação do liberalismo, ou seja, a liberdade do mercado sem limitações do Estado, o mercado livre. O autor ainda acrescenta que tais reivindicações, fundamentadas em ideologias neoliberais, ganham terreno com a crise do modelo econômico no final da década de 1970 denominado ciclo de recessão econômica pós 1973, combinada a uma série de características já citada no início deste capítulo.

Mas reforçando tais aspectos e ainda de acordo Anderson (2000, p.09-10) e Behring (*ibid*, p.28) a crise instaurada, relativa ao modelo keynesiano, dá abertura para o seu questionamento por parte da elite, que apresentam as proposições neoliberais como fórmulas adequadas e solução do problema econômico.

Assim, as proposições neoliberais vão ao encontro da formação de um Estado forte para romper com os sindicatos, fraco em gastos sociais e intervenções econômica e estável monetariamente. Ao final da década de 70 e início de 80, tais proposições tornam-se propostas de governo baseadas em

[...] manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa 'natural' de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas [...] (ANDERSON, 2000, p.11).

Ainda, segundo o autor supracitado, o ideário neoliberal nas regiões do capitalismo avançado levou pouco tempo até se tornar um projeto hegemônico na medida em que política e ideologicamente concretizava a disseminação de seus princípios forçando adaptação de suas normas que ultrapassaram as fronteiras da Europa, onde se originou, atingindo todos os continentes.

O Brasil na década de 90, com o governo Collor, e, principalmente na era Fernando Henrique Cardoso – FHC, também sofreu profundas mudanças, modificações de cunho neoliberal, com as tentativas de desmonte das políticas sociais, mesmo que não tenha havido no país um Estado de bem-estar como os países da Europa onde se originou.

Segundo Batista (1999, p.65), o projeto neoliberal enfrentou certa resistência no Brasil devido aos movimentos de democratização vividos naquele período que culminaram na promulgação da CF/88, mas já na passagem para os anos 90 a “reforma do Estado

contrapondo esse conceito por acreditar que era uma ciência moral. “[...] Ao Keynesianismo agregou-se o pacto fordista, e estes foram os elementos decisivos [...] da possibilidade político-econômica e histórica do *welfare state* [o bem-estar social]” (BEHRING, 1999, p.26).

tornou-se um lema”. O Fundo Monetário Internacional - FMI e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID não mediram esforços para fazer empréstimos que financiassem a reforma estrutural, sendo esta uma retomada do liberalismo clássico.

Dessa forma, as proposições neoliberais caminham no sentido de defender um Estado mínimo no que diz respeito a gastos sociais abrindo espaço para a privatização dos serviços, inclusive dos direitos sociais.

Sobre os direitos sociais, o neoliberalismo vai atingir diretamente o modelo de seguridade social recém implantado com a CF/88, por exemplo, no que diz respeito à assistência social e à saúde.

“[...] O novo sistema de seguridade social – seguro social, saúde e assistência social – instituído em 1988, ao mesmo tempo em que universaliza os direitos sociais, segmenta os distintos setores da sociedade no acesso a benefícios e serviços” (COHN, 1997, p. 235). A CF/88 universaliza a compreensão de seguridade social e garante direitos a todos cidadãos brasileiros. Porém efetivamente o acesso a tais direitos impõe critérios para que, minimamente, aqueles que mais necessitam possam ser atendidos.

Fleury (2004, p. 17), acrescenta que a área da assistência social apresenta maior fragilidade devido à baixa capacidade de reivindicação dos usuários desse benefício, no qual os critérios de obtenção do benefício de prestação continuada - BPC foram focalizados exclusivamente a populações de alto risco social, evidenciando a incoerência com os princípios de universalização da seguridade social.

Assim, observa-se a mesma problemática quanto ao acesso ao direito à saúde legitimada a todos. A baixa qualidade da atenção ofertada pela gradativa dificuldade do repasse de recurso para o financiamento do setor, força uma imposição de critérios para mais uma vez atender aqueles que mais necessitam. Acarretando na formação de imensas filas à espera de atendimento, a falta de profissionais qualificados, a má remuneração dos poucos que compõem o quadro de profissionais que dificultam ainda mais o acesso à saúde na sua plenitude.

A perspectiva crítica a este preceito “[...] a introdução da seguridade social como preceito constitucional inviabiliza financiamento da previdência social [...]” (VELLOSO *apud* FLEURY, 2004, P.118). Pois nesta perspectiva houve um aumento de gastos com os benefícios sociais sem vinculação nenhuma com contribuições, que buscam cada vez mais formas de retirar do Estado a responsabilidade de garantir os direitos sociais privatizando-os.

De acordo com Stephanes (1993, 277), a própria CF/88 em pelo menos três pontos fundamentam a existência da iniciativa privada no setor da saúde, tendo no artigo 12, item IV, estabelecido os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa. E, no artigo 5, item XIII, dispõe sobre o livre exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as

qualificações profissionais que a Lei estabelecer. Por fim, o Art. 199 legitima a livre iniciativa para a assistência privada à saúde. O mesmo artigo em seu parágrafo primeiro determina que a participação das instituições privadas deva ser de forma complementar. Mas segundo Stephanes (*ibid*, p.277), a rede privada de hospitais detém 75% da capacidade de leitos instalados no país.

Assim, “[...] quanto mais se acentuava a influência a favor da ampliação da participação do Estado nas atividades de saúde [...] mais esse setor crescia [...]” (STEPHANES, 1993, 277).

O país vai enfrentar na década de 1990 as conseqüências “de um processo de ajuste econômico de corte neoliberal sem ter havido o ajuste [...] com altíssima taxa inflacionária mensal [...], e com iniciativas de privatização no enfrentamento do *déficit* público que não se traduzem numa política neoliberal” (FLEURY, 1997, p. 236).

Após a CF/88 e o reconhecimento dos direitos sociais o Brasil vai enfrentar inúmeros processos de reforma, negando os princípios da constituição cidadã, pois o Estado cada vez mais vai se esquivar da responsabilidade de garantir os direitos sociais transferindo essa responsabilidade para a sociedade. Essa é a principal lógica que move as políticas públicas do Estado. Aspecto que implica profundamente no setor de mercado, que sempre contou com a participação do Estado para contribuir com a sua ascensão.

A lógica de minimização da responsabilidade Estatal ao transformar os direitos sociais em mercadoria transforma o setor da saúde privada em uma das arenas mais competitivas do mercado, a iniciativa privada na saúde, a saúde suplementar.

1.2.2.1 A Política da Saúde Suplementar e a UNIMED Costa Oeste

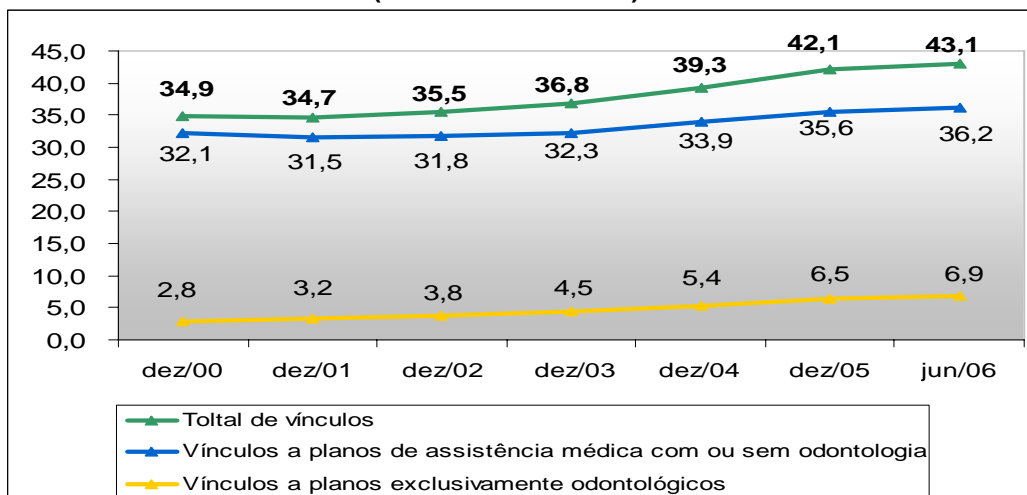
A iniciativa privada está inserida no sistema de saúde brasileiro por um conjunto de empresas que operam os planos de saúde (operadoras), pelos profissionais e prestadores de serviço de saúde e pelos beneficiários⁷ compondo o chamado setor de saúde suplementar.

Segundo apresenta o caderno de informações da saúde suplementar da Agência Nacional de Saúde - ANS (2006, p.13) este setor envolve 40 milhões de beneficiários (43,1%) dos quais 84% são vinculados aos planos de assistência médica ou odontológica,

⁷ Segundo a Agência Nacional de Saúde - ANS (2006, p. 17) o termo beneficiário refere-se ao vínculo a planos de saúde, podendo existir mais de um vínculo para um mesmo indivíduo. Tendo em vista que uma mesma pessoa física pode estar vinculada a mais de um plano.

envolvendo ainda cerca de 2 mil empresas operadoras e milhares de prestadoras de serviços – hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios.

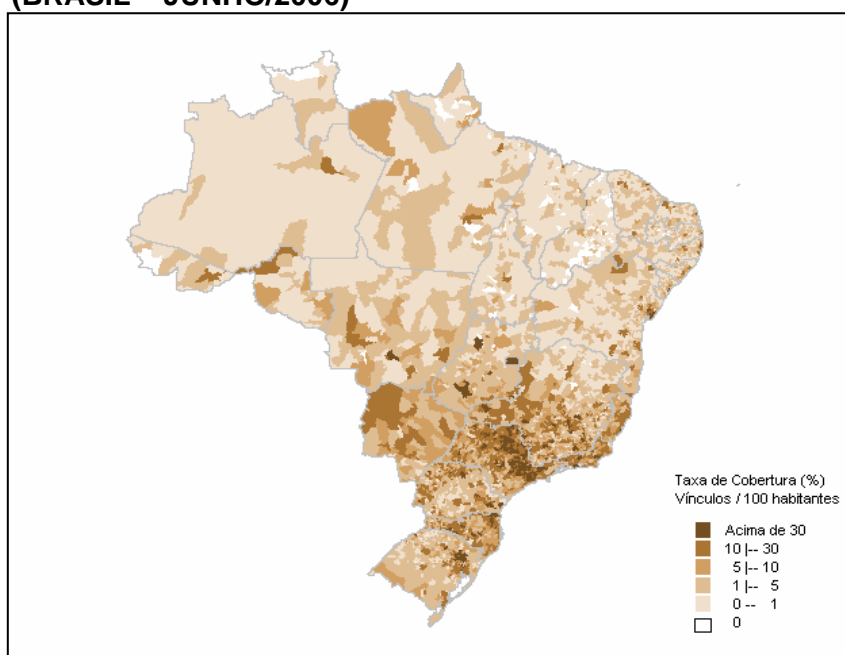
GRÁFICO 1 - VÍNCULOS AOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, POR SEGMENTO ASSISTENCIAL (BRASIL - 2000-2006)



FONTE: Sistema de informações de beneficiários – ANS/MS – 06/2006

Quanto à cobertura da população, por município, dos 5.500 municípios brasileiros 72% apresentam menos de 5% de cobertura, sendo que as maiores taxas de cobertura correspondem às localidades com maior atividade econômica, centradas principalmente na região sudeste (*id, ibid*, p. 13).

FIGURA 1 - TAXA DE COBERTURA DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (TODOS OS VÍNCULOS), POR MUNICÍPIO (BRASIL – JUNHO/2006)



FONTE: Sistema de informações de beneficiários – ANS/MS – 06/2006

A ANS, órgão regulador do setor de saúde suplementar determina os tipos de cobertura assistencial, do plano de assistência médica. Basicamente, a cobertura assistencial corresponde ao conjunto de direitos dos beneficiários, os tratamentos, os serviços e procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos que adquirem no momento da contratação, podendo escolher o que melhor lhes cabe.

Os tipos de cobertura podem ser ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica, tendo ainda os “não informados” que correspondem aos planos com vigência anterior a LEI N.º 9.656/98⁸.

Quanto à especificidade de cada cobertura de acordo com o tipo de plano assistencial descrito nos próximos tópicos, baseia-se nos textos de referência da ANS, especialmente, o Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos.

Assim, o plano de cobertura assistencial do tipo ambulatorial garante aos beneficiários:

- “[...] consultas médicas em clínicas básicas e especializadas; cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais” (*id, ibid, p. 17*).

Para planos de cobertura assistencial do tipo hospitalar ao beneficiário são garantidos:

- [...] cobertura de internações hospitalares, admitindo-se a exclusão de procedimentos obstétricos; cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensivo ou similar; cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente para outro estabelecimento hospitalar; cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos (*id, ibid, p. 17*).

O plano de cobertura assistencial do tipo obstétrica garante aos beneficiários:

- [...] cobertura assistencial ao recém nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após

⁸ A lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

o parto; inscrição assegurada ao recém nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção (*id, ibid*, p. 17).

Para planos de cobertura assistencial do tipo odontológica ao beneficiário são garantidos:

- [...] cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral (*id, ibid*, p.17).

Como já mencionado a cobertura assistencial de um plano é adquirida pelo beneficiário no momento da contratação. Quanto à contratação, os planos podem ser individuais ou coletivos, nos quais a operadora assinará contratos com pessoas civis ou jurídicas respectivamente. Na contratação individual a assistência à saúde será para o titular do plano; quanto ao plano familiar, à assistência à saúde também será para seus dependentes. Na contratação de planos coletivos a assistência à saúde direciona-se para funcionários ou sindicalizados do contratante, que, geralmente, são empregadores, podendo ainda ser parcialmente ou integralmente paga.

O plano coletivo é o mais comum dos utilizados pelos beneficiários, em que “[...] cerca de 60% dos planos de saúde é financiada pelo empregador do título de forma integral (13,2%) ou parcial (46,0%) [...]” (MALTA; JORGE, 2006, p.38).

As operadoras segundo a ANS (2006, p.18) são classificadas de acordo com seu estatuto jurídico correspondendo às modalidades: autogestão, filantropia, administradoras, seguradoras especializadas em saúde, medicina ou odontologia de grupo e cooperativas médicas ou odontológicas.

De acordo com o objetivo deste estudo a intenção não será comentar sobre a organização de cada modalidade, mas especificamente em relação à modalidade de cooperativa médica. Porém, cabe citar brevemente as características de cada operadora.

A modalidade de autogestão pode-se dizer, de acordo com a ANS (*ibid*, p.18), que corresponde às entidades ou empresas que gerenciam planos próprios contratando ou credenciando médicos e serviços ou estabelecendo convênios com hospitais.

Outra modalidade, assim como apresenta Pereira Filho (2007, s.p.) se constitui nas medicinas ou odontologias de grupo. Pioneiras no ramo, seus primeiros registros, enquanto empresas de medicina de grupo, remetem à década de 1960, em princípio com os trabalhadores do ABC paulista. Mas segundo contribuição de Duarte (2007, s.p.) estas empresas são aquelas que se dedicam à prestação de assistência médico-hospitalar

mediante contraprestações pecuniárias, ou seja, em regime de pré-pagamento, mantêm uma infra-estrutura baseada em recursos próprios.

Já as empresas seguradoras surgiram como planos de custeio, garantindo aos segurados a livre escolha de médicos e hospitais por meio de reembolso de despesas.

Quanto às modalidades de filantropia Pereira Filho (2007, s.p.) apresenta que correspondem às chamadas entidades sem fins lucrativos certificadas como entidades filantrópicas junto ao Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS e declaradas como utilidade pública.

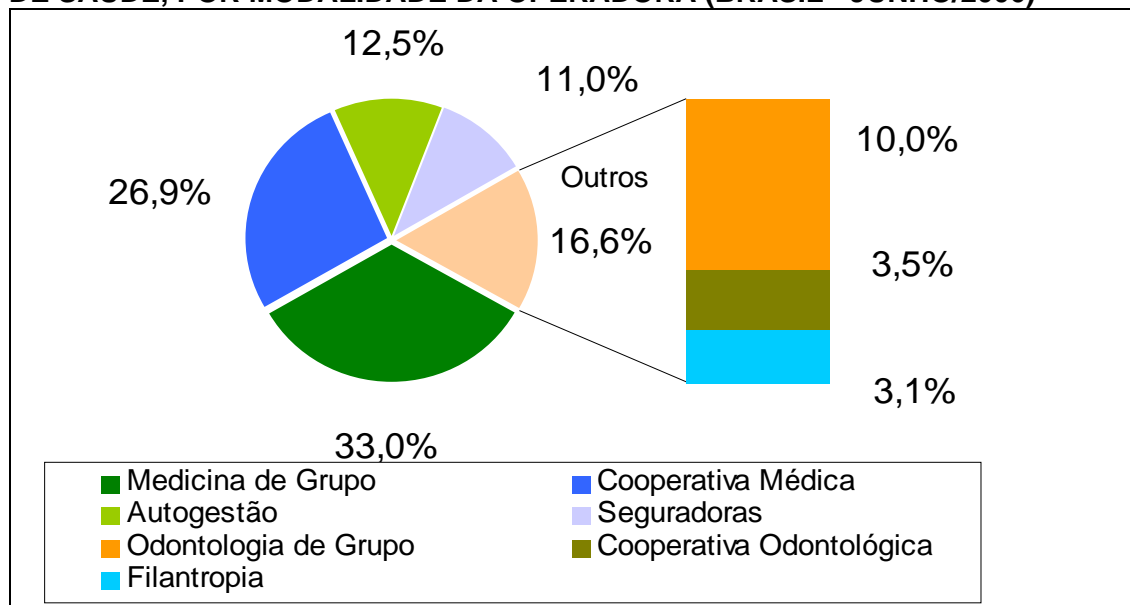
Por fim, têm-se as cooperativas médicas ou odontológicas sendo organizadas sob as leis do cooperativismo⁹. Quanto cooperativas médicas,

“[...] são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formados por vinte participantes no mínimo, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas. As cooperativas que comercializam planos de [assistência médica à] saúde são compostas por médicos cooperados responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios e clínicas credenciados. Em geral, operam em regime de pré-pagamento, ou, eventualmente, de pagamento por custo operacional (despesas por atendimentos efetivamente realizados, acrescidas de taxa de administração). Não há alternativa para o sistema de livre escolha com reembolso [...]”. (DUARTE, 2007, s.p.).

De acordo com a ANS os beneficiários de planos de saúde estão distribuídos em 33,7% na modalidade de medicina de grupo, 26,9% cooperativas médicas, 12,5% autogestão, 11,0% seguradora especializada de saúde, odontologia de grupo 10,0%, cooperativa odontológica 3,5% e 3,1% filantropia assim como ilustrados na figura a seguir.

⁹ Segundo o dicionário eletrônico Aurélio – Século XXI cooperativismo é “Doutrina econômica que atribui às cooperativas um papel primordial”.

GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE, POR MODALIDADE DA OPERADORA (BRASIL - JUNHO/2006)



FONTE: Sistema de informações de beneficiários – ANS/MS – 06/2006 e cadastro de operadoras/ANS/MS – 06/2006

Das operadoras autorizadas e em funcionamento, 17% correspondem à modalidade de cooperativa médica abrangendo o segundo maior índice de beneficiários da saúde suplementar (26,9%). Dentre estes, 14 milhões utilizam os serviços ofertados pelas cooperativas médicas que compõe o complexo UNIMED.

1.2.2.2 – A UNIMED Costa Oeste Seus Beneficiários

No momento em que, no Brasil, as medicinas de grupo passam a ser beneficiadas pela política de assistência médica surge à cooperativa de trabalho médico.

Em 1966 o governo de Castelo Branco fundou o INPS, é neste contexto que começam a surgir às iniciativas e mobilizações para a junção de forças de trabalho da categoria médica, visto que a nova dinâmica beneficiava as empresas de medicina de grupo e condenavam os consultórios particulares ao fechamento (UNIMED, 2007, s.p.).

O INPS foi fundado para prestar assistência médica exclusiva aos trabalhadores, como já mencionado em itens anteriores. Segundo UNIMED (*ibid*, s.p.), esta iniciativa de prestação de serviço médico hospitalar era de caráter contributivo feito através do chamado “convênio – empresa”, e ofertava assistência médica aos trabalhadores diminuindo a procura por atendimento particular. Os trabalhadores passam a utilizar seus

convênios implicando na diminuição de uma clientela dos profissionais que não se inseriam no convênio, pois nem todos os médicos estavam incluídos em convênios assistenciais (*ibid*, 2007).

Neste contexto, o médico e sindicalista Edmundo Castilho influenciado pelas idéias cooperativistas, passa a discutir em inúmeros fóruns da categoria a possibilidade de criação de uma cooperativa de médicos, aspirando “[...] uma nova forma de trabalho, sob o enfoque de uma entidade sem fins lucrativos que preservava a medicina liberal, a autonomia de ofício e a relação médico/paciente [...]” (SEIBEL, 2003, p.37-38).

Embora inicialmente a idéia não tenha atraído muitos profissionais, pelo seu teor inovador, em 18 de dezembro de 1987 foi fundada a primeira cooperativa de médicos, a União de Médicos – UNIMED Santos. Regida pela Lei N.º 5.764 de 16 de dezembro de 1971, definia a política nacional do cooperativismo valendo para as diversas áreas de atuação do cooperativismo¹⁰.

Na história do cooperativismo médico a UNIMED é pioneira no segmento (MONTEIRO DA COSTA, 1998, p.116). A UNIMED Santos, do seu surgimento até a criação se configurou no Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED¹¹, que corresponde a...

“[...] uma superestrutura organizacional virtual, criada para colocar sob um nome guarda-chuva, as diversas empresas constituídas a partir das Cooperativas UNIMED. [...] compreende instituições cooperativas e não cooperativas (com ou sem objetivo de lucro)” (SEIBEL, 2003, p.95).

O termo complexo empresarial cooperativo UNIMED é a denominação apresentada pela constituição UNIMED de 21 de março de 1998. A estrutura é composta por 3 eixos distintos: eixo cooperativo, eixo educacional e eixo empresarial.

Segundo Seibel (*ibid*, p.96-100) devemos considerar o eixo cooperativo como o Sistema UNIMED, Sistema Unimed, Sistema Usimed e a Central Nacional UNIMED. O Sistema UNIMED é composto pelas variadas cooperativas de trabalho ou serviço médico. O

¹⁰ Diversas são as áreas de atuação do cooperativismo, abrangendo consumo, agropecuária, educacional, habitacional, crédito, turismo, lazer, produção e saúde (na qual a cooperativa médica está inserida). Todas estas áreas são fundamentadas em uma única lei determinada a instituir o regime jurídico das sociedades cooperativas a Lei 5.764/7. Segundo a referida lei, as sociedades cooperativas são “[...] sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídicas próprias, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados” (Art. 4º capítulo II). No Art. 3º da mesma Lei determinam que “[...] celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente [escolhem] [...] contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro”. Neste último item, quanto ao objetivo de lucro, envolve uma polémica discussão quanto à comercialização dos planos de saúde, que correspondem a produtos ofertados e que geram lucros, mas que não são difundidos, nem quanto ao seu destino ou quanto a sua existência.

¹¹ Vários autores ao abordarem a estruturação da Unimed, para definição e exploração do assunto, se utilizam dos trabalhos produzidos pela própria organização, a Fundação Unimed e Universidade Unimed.

Sistema Unicred é formado pelo conjunto de cooperativas de crédito mútuo, dirigidas essencialmente aos médicos cooperados das UNIMEDs. O Sistema Usimed são cooperativas de consumo de serviços de saúde que buscam alternativas de diminuição de custos. Tanto o Sistema UNIMED, quanto o Unicred e também a Usimed atuam em suas diferentes formas e níveis organizacionais - sendo estes de primeiro, segundo, ou terceiro grau, respectivamente UNIMED Singular, federação ou confederação¹². E, para finalizar a composição do eixo federativo, tem a Central Nacional UNIMED criada para atender as exigências da Lei dos Planos de Saúde (9656/98) e operar os planos de saúde tendo como associados às cooperativas singulares e as federações.

Outro eixo da composição do Complexo Empresarial UNIMED é o eixo educacional. Preocupado em atender um dos princípios do cooperativismo, a atividade educacional. “[...] Por isso, com o intuito de ter uma organização dedicada exclusivamente à educação, os cooperativistas Unimedianos criaram a Fundação Centro de Estudos UNIMED (Fundação UNIMED)” (*id, ibid*, p.100). A Fundação UNIMED tem características educativas dedicadas à divulgação do ensino do cooperativismo e sua doutrina, à organização de projetos sociais e à pesquisa. “Um dos núcleos da Fundação UNIMED, dedicado à educação e ao treinamento, principalmente dos dirigentes do Complexo UNIMED e seus colaboradores” (*id, ibid*, p.100).

Concluindo a composição do Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED apresenta-se o eixo empresarial, que corresponde às empresas não cooperativas que atuam “[...] em atividades identificadas como estratégicas para complementar as [ações da UNIMED], mas organizadas de forma que o cooperativismo médico sempre mantenha o controle das mesmas” (*id, ibid*, p.100). Entre elas estão a UNIMED Participações que controla a UNIMED Seguradora (disponibiliza produtos próprios no ramo vida, na previdência e no seguro saúde), a UNIMED Corretora (comercializa produtos da UNIMED Seguradora e de outras seguradoras – automóveis residências e etc.) e a UNIMED Administração e Serviços – UAS (empresa de terceirização de recursos humanos, financeiro, contabilidade, entre outras).

De acordo com a contribuição de Duarte (2007, s.p.), como operadora de planos de saúde suplementar, a UNIMED detém praticamente a totalidade da cobertura populacional na modalidade de cooperativa de trabalho médico.

¹² Sua estrutura prevista na lei que regulamenta as associações cooperativas as classifica em cooperativas de diferentes graus, a saber: cooperativas de primeiro grau ou basilares, denominadas singulares, com áreas de atuação exclusivas (um ou mais municípios); cooperativas de segundo grau ou federações que, dependendo de sua área de ação, podem ser intrafederativas – estaduais ou regionais – ou interfederativas e a cooperativa de terceiro grau, constituída pela confederação de âmbito nacional, UNIMED do Brasil (DUARTE, 2007).

Existem, no Brasil, mais de 300 cooperativas UNIMED em pelo menos 4 mil municípios brasileiros congregando 103 mil médicos prestando assistência a aproximadamente 14 milhões de usuários. Data da década de 1970 a origem das primeiras cooperativas UNIMED singulares (ou seja, de abrangência local) no Paraná, a partir da cidade de Londrina, a pioneira, e se expandiu a todo estado, inclusive no município de Toledo em 1984.

Assim, em 14 de novembro de 1984, é realizado o primeiro encontro de Médicos em Toledo, uma Assembléia Geral, objetivando constituir uma sociedade cooperativa com a Lei N.º 5.764 de 16/12/1971 capítulo III, artigo 6, alínea I:

(...) número mínimo de 20 (vinte) pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas das pessoas físicas ou, ainda, aquelas sem fins lucrativos (FERREIRA; LIESENFELD, 2006, p. 30).

Os Médicos participantes foram: Tomáz Tadashi Yoshida, Renato Shiguemi Futayami, Cláudio Tômuo Jauashi, Hilário Shaedler, Raul de Paula Xavier Sobrinho, Hildegardi Zaco, Valdomiro Vendramini, Zenor Zuchi, José Ribeiro, Áureo Fernandes Borges Jr., Katsuyoshi Lumi, Manoel Joaquim de Oliveira, Sérgio Kazuo Akiyoshi, Waldomiro Luiz Rodrigues, Ivan Garcia, Joaquim Katsuyuki Iwasaki, Sérgio Avelino Campagnolo, Avelino Campagnolo, Gilson Leonardi, Luiz Soares, Milton Dresh, Arlindo de Souza Castro, Vânia de Castro, José Silva Tramujas, Mitishiko Kosako, Adilson Cleto Bier, Jorge Kinfiro Okano, Celso Paulo Mariani Dall'Oglio, Frederico Patino Cruzatti, Silvan Carlos Welp. (*id, ibid, 2006*).

A concretização da cooperativa levou em torno de um ano, tempo necessário para executar todos os procedimentos exigidos por lei e constituir a UNIMED de Toledo – Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. Seguindo os objetivos de congregar os serviços dos médicos, proporcionando-lhes condições de executar trabalho médico-hospitalar para sua defesa econômico-social, mediante convênios com empresas e famílias. Seus fundadores são todos aqueles, cujos nomes, qualificações e números de quotas-partes se encontram discriminados em 200 quotas para cada um, em lista normativa do capital social de acordo com os documentos de constituição da UNIMED Toledo a ATA 01/84.

Depois de cumprido o processo, a instituição passa a funcionar prestando assistência médica e comercializando planos de saúde inicialmente na região de Toledo. Após a regulamentação dos planos de saúde no Brasil, a partir das exigências da ANS ampliou sua cobertura territorial, incorporando, além de Toledo, outros municípios pertencentes à 20ª Regional de Saúde: Assis Chateaubriand, Formosa do Oeste, Jesuítas, Tupãssi, Marechal Cândido Rondon, Entre Rios, Mercedes, Quatro Pontes, Nova Santa

Rosa, Entre Rios do Oeste e Pato Bragado. A partir dessa incorporação regional passou se denominar UNIMED Costa Oeste – Cooperativa de Trabalho Médico.

Atualmente, possui aproximadamente 45.600 vínculos a planos de assistência médica, segundo dados do sistema de cadastro da cooperativa. De acordo com a mesma fonte, podem ser ilustrados os índices dos vínculos de acordo com as seguintes categorias:

- Empresarial (84,25%) ou familiar (15,75%);
- Cobertura nacional (36,90%) ou costa oeste (63,10%);
- Com co-participação¹³ (78,47%) ou sem co-participação (21,53%);
- Dividindo-se entre planos regulamentados e não regulamentados (que são os planos com vigência anterior a lei n.º 9.656/98);
- Saúde ocupacional.

Cada plano pode incluir todas as categorias podendo ser empresarial ou familiar, com cobertura nacional ou costa oeste, com co-participação ou sem co-participação, dependendo ainda ser regulamentado ou não regulamentado. Ou seja, um plano pode ser do tipo empresarial, com cobertura nacional, com co-participação, regulamentado, ou ainda, Empresarial, com cobertura costa oeste, sem co-participação e não regulamentado, como também pode ser familiar com cobertura nacional, com co-participação, regulamentado e assim por diante. Todas essas categorias compõem uma diversidade de mais de 60 planos assistenciais com características diferentes.

Deste planos assistenciais da UNIMED Costa Oeste, as opções de pagamento podem ser de custo operacional e pré-pagamento. O custo operacional é o modo de pagamento “pós gastos”, onde o beneficiário somente paga o que utilizar e após o uso, sendo geralmente comercializados entre pessoas jurídicas. O custo operacional corresponde a 10,6% dos planos comercializados, sendo que o restante fica ao pré-pagamento. O pré-pagamento consiste no pagamento de mensalidades fixas, o custo dos eventos (consultas médicas, exames, etc.) que são arcados pela cooperativa de acordo com a garantia do contrato, sendo praticamente exclusivo aos planos familiares.

Os tipos de coberturas e contratações são determinados de acordo com as normas da ANS. Os tipos de contratação ofertados são de prestação de serviços médicos, hospitalares, serviços de diagnóstico, terapia e saúde ocupacional.

Atualmente os contratos particulares são para o plano Costa Oeste individual/familiar com co-participação ou sem co-participação de acordo com a sua cobertura assistencial. A cobertura, segundo o contrato (Anexo II), poderá ser escolhida de

¹³ A categoria co-participação é um termo que está definido no contrato do Plano Costa Oeste, e cabe aqui acrescentar sua definição. Co-participação se “[...] refere ao montante definido contratualmente em termos percentuais ou valores pré-determinados que o contratante deva compartilhar com a operadora em cada evento” (UNIMED COSTA OESTE, 2007, p. 03), entendendo como evento cada ocorrência ou serviço médico hospitalar prestado.

acordo com as duas modalidades – ambulatorial ou hospitalar - ou conforme as opções que estão apresentadas na proposta de admissão – básico, superior, com ou sem obstetrícia. Portanto, as coberturas podem ser de módulo ambulatorial, módulo hospitalar básico, módulo hospitalar superior, módulo hospitalar básico com obstetrícia, módulo hospitalar superior com obstetrícia¹⁴.

A UNIMED Costa Oeste oferta ainda planos de assistência médico-hospitalar para contrato com pessoa jurídica que são os empresariais. São os planos empresariais de custo operacional ou pré-pagamento e o de saúde ocupacional que corresponde a consultas de admissão, demissão e exames periódicos, no caso de atividades de trabalho insalubres. Embora o plano saúde ocupacional não seja assistência médica, pode ser contratado por pessoa física e sua forma de pagamento é por custo operacional.

A UNIMED ainda presta serviços de assistência médica para outras operadoras, que é o caso da prestação de serviços por intermédio às operadoras de autogestão.

Dentre os vínculos a planos de assistência médica, observa-se que o plano empresarial corresponde à grande maioria de seus beneficiários com 84,25%. Assim como a abrangência de maior preferência corresponde ao da costa oeste - 63,10% em relação ao plano nacional. A opção por planos com co-participação (78,47%) sobressai aos planos sem co-participação (21,53%), principalmente aos que correspondem aos regulamentados. Totalizam 33.132 planos de assistência médica, podendo variar sua cobertura devido à diversidade de categorias que apresenta. Mas somados aos planos de saúde ocupacional 12.471, contemplam os vínculos assistenciais aos planos de saúde.

¹⁴ No contrato do Plano Costa Oeste (Anexo I), estão discriminadas as garantias que o beneficiário terá em cada tipo de cobertura, ambulatorial e hospitalar regularmente inscritos, após 24 horas de sua vigência.

2 A UNIMED COSTA OESTE: CAMPO DE ESTÁGIO E ANÁLISE DA PESQUISA

2.1 A UNIMED COSTA OESTE: CAMPO DE ESTÁGIO ESPAÇO SÓCIO-OCUPACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

O estágio supervisionado é uma atividade curricular obrigatória que se efetiva pela inserção do acadêmico no espaço sócio-ocupacional de um profissional assistente social, estado previsto nas diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social como atividade indispensável e integrada do currículo.

Estágio Supervisionado: é uma atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio-institucional objetivando capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática. Esta supervisão será feita pelo professor e pelo profissional de campo, através da reflexão, acompanhamento e sistematização com base em planos de estágio, elaborados em conjunto entre Unidade de Ensino e Unidade de Campo de Estágio, tendo como referência a Lei 8662/93. (Lei de Regulamentação da Profissão) e o Código de Ética do Profissional (1993). O Estágio Supervisionado é concomitante ao período letivo escolar. (CRESS, 2003, p.57).

O estágio supervisionado ou curricular¹⁵ em Serviço Social objetiva capacitar para o exercício do trabalho profissional fundamentado nos princípios de indissociabilidade entre estágio e supervisão. Portanto, a atividade pressupõe o acompanhamento e a orientação profissional através da supervisão acadêmica e de campo.

- Acompanhar, orientar e analisar, na especificidade do estágio, o processo de formação profissional em relação: às diretrizes curriculares, ao projeto ético-político profissional no acompanhamento da implantação e implementação de políticas sociais e institucionais nos diversos espaços sócio-ocupacionais campo de estágio de modalidade direta e indireta;
- Possibilitar um exame da realidade institucional nas diversas manifestações da “questão social” e a conseqüente exigência de competências e habilidades profissionais como respostas à demanda posta;
- Propiciar a reflexão sobre a intervenção profissional na perspectiva da totalidade nos Estágios Supervisionados I e II (UNIOESTE, 2003).

Em relação ao supervisor de estágio segundo Oliveira (2004, p. 69 – 75), são conferidos a responsabilidade do ensino da prática o que requer domínio das

¹⁵ Não significa simplesmente a aplicação da teoria, mas sim “[...] um momento de estudo, reflexão do fazer, de pensamento da prática social, ou seja, uma forma de apropriação de elementos de crítica e descobertas sobre as questões presentes na dinâmica da sociedade” (OLIVA *apud* OLIVEIRA, 2004, p.66).

particularidades e habilidades relativas à supervisão, imprimindo confiança e maturidade ao estagiário. Destacando ainda como prioritários os papéis de “[...] educador, o de transmissor de conhecimento e experiências e de informações, e de facilitador, o de autoridade e o de avaliador” (*id, ibid.*, p. 70).

Vale acrescentar que interação entre o profissional supervisor de campo e supervisor acadêmico no processo de ensino é necessária, a fim de garantir a qualificação de estagiário. Ainda,

[...] o estágio, por ser o locus propício para o treinamento prático-profissional, é também o espaço apropriado para o aluno traçar a sua matriz de identidade profissional, por ser aí que ele desenvolve a sua aprendizagem, a sua responsabilidade, o seu compromisso e demais atitudes e habilidades profissionais. Neste sentido, as experiências dos alunos no estágio devem ser selecionadas, planejadas e afetas à sua formação profissional, pois não são experiências quaisquer (BURIOLLA *apud* OLIVEIRA, 2004, p. 75).

Para tanto, é necessária a atenção aos limites no exercício do estágio supervisionado, como expõe Oliveira (2004, p.75) Tais limites perpassam pela discussão dos equívocos do supervisor de campo identificados, muitas vezes, pela falta de capacitação continuada acarretando na inversão de papéis do estagiário que não é percebido enquanto sujeito em processo de ensino.

E dada a “[...] situação socioeconômica imperante, sob a lógica neoliberal, os estágios estão adquirindo crescentemente o caráter de emprego para o estagiário, inclusive de serviço social: muitos alunos têm o estágio como fonte de renda [...]” (*id, ibid*, p. 77), configuram mais um forte limite para a formação de qualidade.

Segundo Oliveira (*ibid*, p.77), o compromisso de uma formação profissional de qualidade não pode submeter-se às exigências do mercado e, tais demandas não devem ser desconsideradas da função das universidades: formação profissional para a inserção no mercado de trabalho.

Não se trata de subordinar o projeto educacional às demandas do mercado de trabalho, mas de perseguir ao nível dos estágios, uma articulação mais criativa entre o homem pensante e o fazedor, entre a universidade e o local de trabalho, de modo a superar os chavões e o lugar-comum e apontar as possibilidades reais de uma prática que seja a expressão concreta de um pensamento crítico em face do contexto social em que se inscreve (SILVA *apud* OLIVEIRA, 2004, p. 75).

O serviço social é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho de caráter interventivo e propositivo. Alimentado por um projeto de formação profissional,

que viabiliza condições para pensar os direitos sociais tendo como fato a organização da sociedade civil. Sendo os direitos colocados como princípios reguladores de práticas sociais, como estratégias de políticas de gestão pública democrática, contrapondo-se aos cultos do individualismo, ultrapassando os marcos da ideologia liberal (FERREIRA, 2006).

Atua não apenas em espaços públicos, mas também em espaços privados, como regulamentado na Lei 8662/93. Assim a UNIMED Costa Oeste correspondendo à demanda do mercado e aos interesses privados, constitui espaço sócio-ocupacional do serviço social, e, segundo o estatuto jurídico da cooperativa é uma associação cooperativa sem fins lucrativos (*id*, 2006).

A lei que regulamenta a profissão legitima o assistente social a desempenhar suas atribuições e competências em entidades e organizações populares, no caso uma cooperativa de trabalho médico, desde que esteja devidamente inscrito no órgão de fiscalização de sua categoria.

A criação do Departamento de Serviço Social se deu no ano de 1993, na segunda diretoria, por exigência da demanda social deflagrada pelas relações conflituosas da prestação dos serviços de saúde suplementar. Ainda valendo-se da necessidade de realizar um trabalho mediador entre as normas da cooperativa e os beneficiários [...]. (FERREIRA; LIESENFELD, 2006, p.23).

As atividades do Assistente Social neste espaço estão previstas no Manual de Referência das Ações do Serviço Social no Sistema UNIMED das quais foram selecionadas apenas as correspondentes às reais atividades desempenhadas pelo profissional da cooperativa como: organização de atividades de lazer e esportes, visitas a hospitais, consultórios, clínicas e laboratórios, apoio psicossocial a usuários e funcionários, supervisão de estagiários coordenação e/ou supervisão de programas, projetos, serviços e atividades.

Quanto aos projetos que assistente social desenvolve na cooperativa está o programa “Educação e Qualidade de Vida em saúde” que direciona suas ações para os beneficiários e a comunidade, respondendo assim à prática de responsabilidade social a qual a cooperativa passou a estar integrada a partir de 2002. Incluídos no programa estão alguns projetos sociais, tais como: “Viva Vida”, “Viva Útil”, “Viva Idade”, “Saúde Viva” e “Saúde Viva nas Escolas” que garantiram a concessão do Selo de Responsabilidade Social à UNIMED.

A visita hospitalar é atividade principal do departamento, a qual, atualmente, é desenvolvida pelas estagiárias de serviço social que se inseriram nesse espaço sócio-ocupacional para a realização do estágio curricular I e II. Esta atividade, basicamente, consiste em acompanhar semanalmente os pacientes internados nos hospitais conveniados

à cooperativa, para prestação de serviço médico hospitalar. Nas visitas são observados se os serviços e instalações são condizentes com os direitos dos beneficiários levando em consideração a opinião destes com relação ao atendimento.

O estagiário da cooperativa de trabalho médico UNIMED Costa Oeste participa na execução dos projetos, serviços e atividades desenvolvidos além das visitas hospitalares realizadas semanalmente.

O processo de aproximação com o espaço sócio-ocupacional e o acompanhamento e orientação dos supervisores de campo e acadêmico possibilitam um exame da realidade institucional e a reflexão sobre a intervenção profissional.

Portanto, o interesse pela pesquisa manifesta-se no decurso do estágio curricular I e II, através da atividade de visita hospitalar, onde os usuários levantavam reclamações relativas à qualidade dos serviços prestados pela cooperativa e em relação ao custo/benefício dos planos. Essas questões provocaram a necessidade de estudar a temática das determinações sociais que implicaram na opção dos beneficiários de saúde suplementar da UNIMED Costa Oeste a adquirir um plano de saúde.

2.2 METODOLOGIA DA PESQUISA

Visando alcançar os objetivos apresentados na introdução deste trabalho, desenvolveu-se o processo de investigação da pesquisa do tipo qualitativa¹⁶. Processo pelo qual se busca “[...] atingir uma interpretação da realidade por um ângulo qualitativo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 120). Para tanto, foi utilizada a abordagem qualitativa, pois propicia “desvendar o significado das ações e relações que [se] ocultam nas estruturas sociais, permitindo uma aproximação com o real significado e interpretação que os sujeitos fazem de suas vivências” (MINAYO, 1994, p.10).

O método utilizado para realização da pesquisa é o estudo de caso entendido como “[...] uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente [...]” (TRIVIÑOS, 1987, p.120).

Dessa forma entende-se que o tipo de pesquisa mais adequado é o estudo de caso, uma vez que a unidade a ser pesquisada é uma cooperativa de trabalho médico, a UNIMED Costa Oeste.

¹⁶ A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (1994, p.21) responde a questões muito particulares, pois nas ciências sociais preocupa-se com nível de realidade que não pode ser quantificado. E ainda “[...] trabalha com crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

As informações angariadas nesta pesquisa partiram da análise de documentos, contratos, históricos da cooperativa, informações do sistema de dados da cooperativa, leitura de informativos, conversas informais com os colaboradores da cooperativa e da técnica de entrevista padronizada.

A entrevista possui algumas vantagens que contribuem na coleta das informações

[...] pode-se observar o que diz o entrevistado e como diz verificando possíveis contradições [...] permite uma maior profundidade [...] e ainda [...] estabelece uma relação de confiança [...] entre pesquisador-pesquisado, o que propicia o surgimento de outros dados (GOLDENBERG, 2005, p.88).

O tipo de entrevista utilizada é padronizada com questões fechadas e abertas. São “[...] perguntas apresentadas a todas as pessoas exatamente com as mesmas palavras [...] e [...] com respostas livres [...], a fim de, [...] garantir [que] as respostas sejam mais facilmente comparáveis [...]” (GOLDENBERG, 2005, p.86).

Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizou-se como instrumental o gravador e formulário (Apêndice I) para coleta dos dados, cujo instrumento de pesquisa foi construído a partir do objeto e dos objetivos propostos. Na primeira entrevista percebeu-se a necessidade de incluir outras questões, que não eram especificamente relativas aos objetivos, mas que contribuíram para responder a problemática proposta.

A delimitação da amostra foi imprescindível, visto que o universo da pesquisa corresponde aos aproximadamente 33 mil beneficiários de saúde suplementar da UNIMED Costa Oeste, ou seja, um universo muito extenso. Portanto, escolheu-se a amostra por acessibilidade. A qual

Constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de precisão (GIL, 1999, p.104).

Portanto, os sujeitos da pesquisa são as 9 (nove) usuárias do plano tipo básico, hospitalar, com obstetria, especificamente as mulheres que participaram do XVI curso de

Pré-Natal do Projeto Viva Vida realizado no mês de setembro no auditório da UNIMED Costa Oeste¹⁷.

Quanto à intencionalidade da pesquisa esta se justifica por dois motivos: o primeiro corresponde ao critério de escolha do plano empresarial básico hospitalar com obstetrícia porque tem maior índice de cobertura entre os beneficiários; o segundo motivo é com relação ao critério de participação no curso de gestantes (que é promovido pelo departamento de Serviço Social da UNIMED Costa Oeste, ou seja, espaço do estágio curricular) porque facilitaria o acesso e contato com alguns beneficiários e, assim, a realização da pesquisa que é do tipo qualitativa.

No desenvolvimento da pesquisa algumas dificuldades foram encontradas porque não foi possível entrevistar todas as participantes nos dias da realização do curso, tendo que ser agendados outros encontros adequando-se a pesquisadora ao tempo de cada entrevistada.

Parte dos entrevistadas demonstraram interesse em participar da pesquisa e disponibilizaram seu tempo e até suas próprias casas para a realização das entrevistas. Em contrapartida, uma outra limitação encontrada foi a indisponibilidade de algumas entrevistadas, no momento da entrevista, situação que não possibilitou maior aprofundamento nos questionamentos.

Para realizar a entrevista a pesquisadora fez contato prévio convidando, antecipadamente, cada sujeito a participar da pesquisa. Foi esclarecido aos mesmos sobre a temática e a finalidade da pesquisa, ou seja, que se tratava de um estudo acadêmico e sem vínculo nenhum com a cooperativa. Salientando que a adesão foi mediante a autorização do sujeito, através da assinatura do documento de consentimento livre e esclarecido de acordo com as exigências do Comitê de Ética na Pesquisa (Apêndice II). À entrevistada também foi esclarecida a livre decisão de deixar de fazer parte da pesquisa após a realização da entrevista, caso não tivesse mais interesse em participar da pesquisa. Neste processo a pesquisadora buscou manter total imparcialidade para não influenciar nas respostas das entrevistadas.

Embora tenha sido esclarecido que a identidade das entrevistadas seria mantida em sigilo, duas preferiram não gravar suas falas: o *Sujeito 7* e o *Sujeito 9*. Ressalta-se ainda que três entrevistas foram parcialmente perdidas que correspondem ao *Sujeito 3*, *Sujeito 4* e *Sujeito 6* devido a problemas técnicos no uso do instrumento (gravador). Mas estas entrevistas não foram completamente desconsideradas, sendo possível à utilização dos dados pessoais presentes nas questões fechadas (que tinham respostas pré-

¹⁷ Os entrevistados da pesquisa podem ser identificados pelo pseudônimo de Sujeito 1 (S.1), Sujeito 2 (S.2), Sujeito 3 (S.3), Sujeito 4 (S.4), Sujeito 5 (S.5), Sujeito 6 (S.6), Sujeito 7 (S.7), Sujeito 8 (S.8), e Sujeito 9 (S.9), denominados de acordo com a ordem da entrevista.

determinadas). Estes dados foram incluídos na análise, havendo perdas somente das respostas relativas às questões abertas. Portanto, optou-se em não realizar novas entrevistas com os mesmos sujeitos porque restaram ainda as respostas dos outros 7 (sete) sujeitos e esse fato não acarretaria alterações nos resultados da pesquisa.

Após a coleta de dados, a fase da pesquisa é a análise e interpretação. Estes dois processos, apesar de conceitualmente distintos, aparecem sempre estreitamente relacionados. A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já que a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 1999, p.168).

Para melhor análise e interpretação da pesquisa os dados coletados serão apresentados em eixos norteadores de acordo com os objetivos propostos. Num primeiro momento apresenta-se a análise dos dados socioeconômicos dos sujeitos: Eixo I - Perfil dos beneficiários da UNIMED Costa Oeste.

Nos eixos seguintes os dados são apresentados a partir das entrevistas organizadas em grupos: Eixo II – Considerações dos beneficiários quanto ao plano de saúde suplementar ofertado pela UNIMED Costa Oeste; Eixo III – Considerações dos beneficiários da UNIMED Costa Oeste quanto ao SUS e Eixo IV – Compreensão dos beneficiários quanto ao direito à saúde legitimado constitucionalmente.

2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

QUADRO 1 - EIXOS PARA A APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA E QUESTÕES QUE NORTEARAM A COLETA DE DADOS

Eixo I – O Perfil dos Beneficiários da UNIMED Costa Oeste	<ul style="list-style-type: none"> - Faixa etária - Escolaridade - Situação de trabalho - Renda familiar - Estado civil - Número de filhos
Eixo II – Considerações dos Beneficiários Quanto ao Plano de Saúde Suplementar Ofertado Pela UNIMED Costa Oeste	<ul style="list-style-type: none"> - O que o levou a adquirir um plano de saúde suplementar da cooperativa de trabalho médico UNIMED Costa Oeste? - Quais são as condições dos serviços prestados pela cooperativa de trabalho médico UNIMED Costa Oeste? - Utiliza seu plano com freqüência? Sabe que tipo de cobertura o seu plano garante? - Qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços prestados pela UNIMED Costa Oeste? - Sabe que tipo de cobertura o seu plano garante? Já leu seu contrato?
Eixo III – Considerações dos Beneficiários da UNIMED Costa Oeste quanto ao SUS	<ul style="list-style-type: none"> - O que é o Sistema Único de Saúde - SUS? - Já utilizou o serviço do SUS?

	- Qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços prestados pelo SUS? - Qual é a origem dos recursos que financiam o SUS?
Eixo IV – Compreensão dos Beneficiários Quanto ao Direito a Saúde Legitimado Constitucionalmente.	- O que se entende por saúde?

FONTE: Dados da pesquisa.

2.3.1 Eixo I – O Perfil dos Beneficiários da UNIMED Costa Oeste

A finalidade de traçar o perfil das beneficiárias entrevistadas é pautar elementos para subsidiar a análise dos dados da pesquisa empírica. Considerar o grau de instrução e o perfil socioeconômico dos sujeitos da pesquisa é necessário, pois tais aspectos podem influenciar na compreensão do entrevistado.

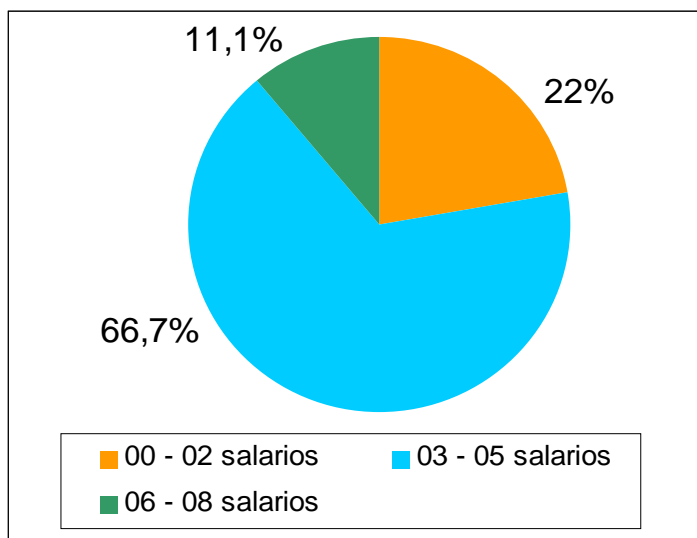
QUADRO 2 - PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	SITUAÇÃO DE TRABALHO	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE FILHOS
S.1	24 anos	Ensino superior	Graduada em Educação física	Trabalha	Solteira	Até 2
S.2	29 anos	Ensino médio	Do lar	Não Trabalha	Casada	Até 2
S.3	29 anos	Ensino superior	Balconista	Trabalha	Outros	Até 2
S.4	29 anos	Ensino superior	Garçonete	Trabalha	Solteira	Até 2
S.5	32 anos	Ensino superior	Graduada em administração	Não Trabalha	Casada	Nenhum
S.6	20 anos	Ensino médio	Lojista	Trabalha	Casada	Até 2
S.7	28 anos	Ensino médio		Trabalha	Casada	Até 2
S.8	30 anos	Pós-graduada	Pedagoga	Trabalha	Divorciada	Até 2
S.9	26 anos	Ensino superior	Recepcionista	Trabalha	Casada	Até 2

FONTE: Dados da pesquisa

Analisando a tabela com os dados dos sujeitos da pesquisa observa-se que estão em idade produtiva, são jovens e todos estão inseridos no mercado de trabalho exceto em dois casos em que exercem atividades domésticas.

Observa-se também que duas entrevistadas possuem nível médio, a maioria possui o nível superior, sendo apenas uma pós-graduada, portanto, todos possuem bom nível de escolaridade. A maioria constitui família com filhos e planejam a gestação com tranquilidade.

GRÁFICO 3 - RENDA FAMILIAR

FONTE: Dados da pesquisa

Em relação à renda familiar a média é de três a cinco salários mínimos o que se supõe possibilitar para uma família pequena com dois filhos, no máximo, usufruir de um pouco mais do mínimo de qualidade de vida.

Observa-se ainda que os sujeitos desta pesquisa não apresentam situação de extrema vulnerabilidade social e tão pouco níveis de privações relativas aos determinantes fundamentais de saúde como

“[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, acesso a bens e serviços essenciais [...]”
LEI N.º. 8080/90, artigo 2, parágrafo 3 (CRESS, 2003, p.161).

Cabe acrescentar que os vínculos empregatícios dos sujeitos ou dos seus dependentes garantem a assistência médica, pois todos possuem o plano empresarial. O plano empresarial é o contrato que a empresa faz com a cooperativa (contrato jurídico) possibilitando aos seus trabalhadores aderir a um plano de assistência médica conveniada, o que constitui para alguns sujeitos a única forma de adquirir um plano de saúde.

No caso das entrevistadas essas razões serão analisadas no próximo item, norteado pelo objetivo de identificar que determinações sociais impulsionaram a aquisição de um plano de assistência médica.

2.3.2 Eixo II – Considerações dos Beneficiários Quanto ao Plano de Saúde Suplementar Ofertado pela UNIMED Costa Oeste

Objetivando identificar as determinações sociais que levaram os beneficiários a adquirir um plano de saúde, foi perguntado aos sujeitos o que os motivou a adquirir um plano de saúde suplementar da cooperativa de trabalho médico UNIMED Costa Oeste.

Ah! É a praticidade, Eu acho assim, porque é... Eu acho que quando você tem um plano de saúde parece que você consegue mais rápido agendar suas consultas é... até com os médicos Eu acho que é bem mais fácil assim, pra você conseguiu uma consulta. E mesmo também se um dia agente precisa de um hospital, né?! Porque Eu tenho o caso do meu pai né?! Que ele tem plano de saúde... E... Agente nunca quer precisar, mas sempre acontece, que nem, ele ficou tanto tempo na UTI. [então a sua decisão de utiliza um plano de saúde foi essa, porque precisa bastante e é mais prático consegui] é quando agente precisa... Eu não preciso bastante, agora, agora sim, mas eu nunca fui de precisa bastante, mas é mais assim pela praticidade, porque você também todo mês desembolsar 100 reais numa consulta, é meio complicado (S.1).

Eu acho que primeiramente pela comodidade! Comodidade de você não precisa de enfrentar fila, é... até de repente até um certo medo de repente de... Porque tem... Eu acho que pelo SUS... Até tenho um pessoal... A minha mãe utiliza bastante o SUS, e assim que nem consultas mais fácil você consegue até fácil, mas tipo que nem se você precisava de um especialista já é mais difícil, Eu acho que mais até por isso assim... E o meu marido também como ele viaja também tipo pra ele utiliza essa questão do SUS, né!? Que ele viaja muito é.. Por São Paulo, Rio de Janeiro... É... Já é bem... Imagina?! Já é bem... Capital já é bem mais difícil consegui o atendimento né?! Acho que mais é por isso aí... [a sua decisão em não utilizar o serviço do SUS, é por que é bem mais difícil o acesso?] Mais difícil acesso, Eu acho, assim, principalmente especialistas assim, né? (S.2).

*Eu acho assim, a questão da segurança. Eu sempre ouvi fala que a UNIMED oferece uns planos bons, os médicos atendem bem, as secretárias e tudo mais né... É uma questão mais assim de você chega e ser bem atendido, qualidade no atendimento (S.5).
A necessidade mesmo (S.6).*

Facilita o atendimento (S.7).

Bom, Eu acho que já faz 11 anos que eu tenho plano de saúde UNIMED. Ah, me interessei em fazer por ser mais um recurso, é... Por agente também perceber que as pessoas são melhores atendidas... Você não precisa enfrentar tanta dificuldade pra marca uma consulta... Enfim. Ter um plano de saúde mesmo, pra... Até na questão, assim, financeira né... Se você não tem no momento pra cobrir algum tipo de cirurgia... porque é difícil você economizar todo mês... Na minha opinião se você não pagar todo mês é difícil você economiza aquele dinheiro, pra um dia se você precisar você ter. Entende? Então o plano na verdade, é uma forma de você ir contribuindo todo mês e ter uma garantia de... de ser atendida, prontamente quando precisar (S.8).

Porque tenho medo do atendimento do SUS, as condições de internamento principalmente (S.9).

De modo geral, as respostas culminaram na crença de garantir acesso ao atendimento médico quando necessitar com agilidade. Algumas respostas indicaram a: facilidade de acesso; qualidade do atendimento e falta de confiança nos serviços do SUS. Apenas uma resposta apresenta claramente receio em utilizar os serviços os SUS.

As respostas também apresentam as características do atendimento médico conveniado para justificar suas opções por planos de saúde. Pelo atendimento ser mais fácil, prático, cômodo, outros pela “necessidade mesmo”, segundo eles, em relação ao SUS é muito mais difícil acesso aos serviços médicos.

[...] a falta de infraestrutura do SUS para atender a procura, gera uma demanda reprimida, sendo que, muitos usuários aguardam vários meses para ter acesso ao procedimento mais complexo, como consulta com especialista, cirurgias, exames que necessitam de maior tecnologia e são de alto custo, correndo risco de agravar seu estado de saúde ou até mesmo, vir a óbito antes de receber o atendimento (SILVEIRA, 2006, p.55).

No entanto, a procura por determinados especialistas entre os beneficiários da UNIMED Costa Oeste é também maior que a demanda, e, muitas vezes, ocasionam uma fila de espera semelhante às filas do SUS. Salientando que, na realidade, existem procedimentos obrigatórios de autorização que burocratizam o acesso do atendimento e nem sempre os facilitam.

Ressalta-se, também, conforme apresentado no Eixo I O perfil dos beneficiários da unimed Costa Oeste, que os vínculos empregatícios dos sujeitos da pesquisa ou de seus dependentes é que garantem a assistência médica uma vez que estes possuem o plano empresarial (é este plano - o contrato que a empresa faz com a cooperativa -) que possibilita aos trabalhadores aderirem a um plano de assistência médica conveniada (o que constitui para alguns sujeitos a única forma de adquirir um plano de saúde).

Às entrevistadas foi perguntado também sobre a frequência com que estas utilizam seus planos de assistência médica antes da gestação. As respostas a esta questão são apresentadas no quadro abaixo.

QUADRO 3 - FREQUÊNCIA EM QUE OS SUJEITOS DA PESQUISA UTILIZAM OS SEUS PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ANTES DO PERÍODO GESTACIONAL

S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	S.8	S.9
Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Raramente	Não	Eventualmente

FONTE: Dados da pesquisa.

A maioria dos sujeitos ao serem indagados quanto à frequência que utilizaram seus planos de saúde, antes do período gestacional, revelaram que foi após o período gestacional que começaram a utilizar o plano de saúde. Antes desse período a ocorrência de eventos como consultas e exames era muito rara.

Em relação ao conhecimento dos contratos dos planos de assistência médica, se especificamente se estes conheciam o tipo de cobertura garantida, as respostas foram:

Totalmente não. Tenho, mas não cheguei assim a ler não. Eu sei que quando eu fico internada Eu não pago porque meu plano é sem co-participação. Eu sei que não tenho que desembolsar nada, quando eu to internada eu não tenho gasto nenhum (S.1).

Na verdade, que nem na carteirinha se você observar, sim, né? É quando eu fiz o plano eu procurei é faze o que desse cobertura pra obstetrícia né. Então o principal motivo foi esse (S.5).

Aham (S.6).

Sim conheço (S.7).

Olha, mais ou menos, agora eu tenho que me informar melhor. Mas eu sei que meu plano é nacional... é... o... aquele bem antigo, sabe, aquele nacional. Ele é um plano nacional...e... de quarto coletivo...olha [na verdade é mais ... pra ter idéia de seu conhecimento quanto a seu plano...] ah...pouco.. é... Confesso que eu poderia saber mais, sabe, mas como agente nunca precisa... dificilmente (S.8).

Basicamente me baseio na carteirinha. (S.9).

Analisando as respostas, em geral estas apresentam uma inconsistência quanto ao entendimento frente à cobertura dos contratos. As necessidades de informações sobre o contrato surgem apenas quando ocorrem eventos, ou seja, quando utilizam os serviços, justificada ainda pelo pouco tempo para ler seus contratos.

A informação é uma das condições para exercer melhor seu direito e, portanto, a cidadania. Assim o cidadão pode reivindicar seguramente a plena garantia dos seus direitos.

Aos sujeitos ainda foi perguntado se por eles há confia nos serviços prestados pela cooperativa (em caso de consulta, diagnósticos, exames). As respostas foram unânimes como se apresentam abaixo:

Sim, com certeza. A única coisa que talvez Eu gostaria... É que tipo a Unimed Costa Oeste não inclui Cascavel, isso Eu acho que talvez é... (S.1).

Sim (S.2.)

Sempre, sim, pelo menos até hoje (S.5).

Sim (S.6).

Sim (S.7).

Sim (S.8).

Sim (S.9).

As respostas das entrevistadas em relação às condições dos serviços prestados, ou seja, como são desempenhados os trabalhos pelos prestadores de serviços da cooperativa e de que modo são conduzidos esses serviços, foram apresentadas da seguinte forma:

Ah é muito bom, chega até... É... Tem livrinho fácil para você se locomove quando se precisa de um médico né , quando você tem alguma dúvida você liga as meninas te informam muito bem né, porque Eu já liguei, já tirei dúvidas é... Quando Eu fui pra acrescenta no meu plano de saúde a obstetria né, também assim foi bem rápido bem tranquilo a moça fez um atendimento muito, muito bom (S.1).

Ah, é, acho que daí já é como Eu falei á a comodidade, você liga marca consulta, vai até lá né, já ta... A única coisa... Que... Um pouquinho assim... Tem uns já especialistas assim quem Eu acho assim que tipo é que sempre tem... Como a Dr. Naura mesmo que Eu to fazendo pré-natal. Tipo pra você consegui uma consulta hoje com ela pela Unimed, é 8 meses pra você consegui, mais ou menos né?! Então... Ainda assim, tem esse problema né, com outros profissionais você consegue, claro, antes, mas tem alguns que você já é acostumado, que você já ta algum tempo né, já demora um pouquinho mais assim pra consegui (S.2).

Bom, satisfatório (S.3).

Satisfatório (S.4).

Excelente (S.5).

Bom (S.6).

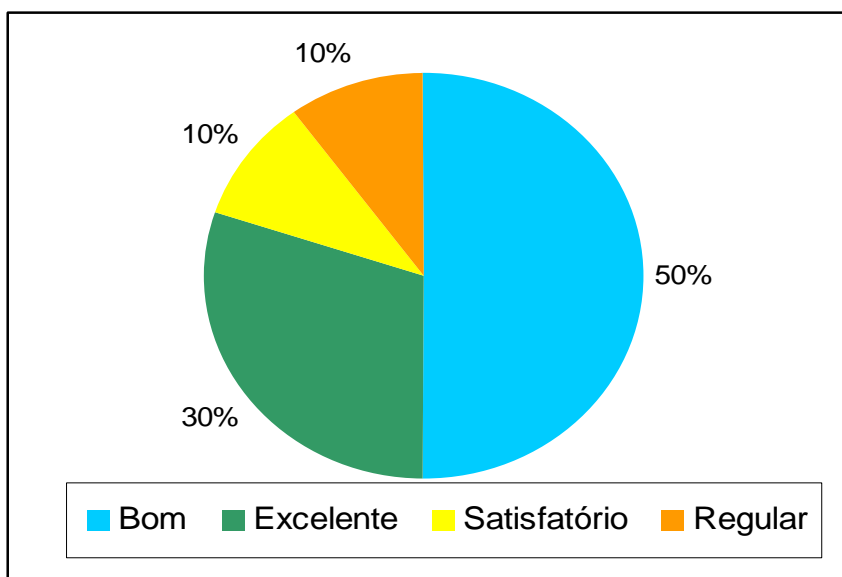
Bom (S.7).

Bom (S.8).

Satisfatórias (S.9).

Ao analisar as considerações dos sujeitos da pesquisa em relação aos serviços prestados pela UNIMED Costa Oeste, pode-se observar um alto índice de aprovação, como pode ser observado no gráfico abaixo:

GRÁFICO 4 - NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA UNIMED COSTA OESTE



Fonte: Dados da Pesquisa.

Ao analisar o nível de satisfação obtido entre as entrevistadas, com relação às condições de serviços e quanto aos próprios serviços prestados pela cooperativa de trabalho médico, observa-se que a maioria os classificaram como bons e excelentes. Mas é necessário ressaltar também que, para 10% das entrevistadas o nível apresenta-se satisfatório e regular respectivamente.

Infere-se que há um certo receio em fazer críticas ao atendimento. Uns porque pouco utiliza os serviços, como já revelado anteriormente e outros porque temem ser censurados ou prejudicados ao demonstrarem descontentamento em algumas situações.

Porém os serviços prestados aos usuários nos hospitais muitas vezes são os mesmos ofertados a pacientes sem convênios médicos e também apresentam aspectos deficitários comuns em ambas situações, conveniados ou não, detectados ainda nos depoimentos.

Nas visitas hospitalares desenvolvidas pela pesquisadora percebe-se que a exigência pelo bom atendimento, qualidade das instalações são freqüentemente requeridas, uma vez que se trata de atendimento de caráter privado e os beneficiários buscam atendimento diferenciado ao do SUS. Ou seja, embora nas entrevistas as respostas tenham culminado em um alto índice de satisfação, na realidade vivenciada pelo campo de estágio, as reclamações de baixa qualidade de atendimento se apresentam muito comuns.

Os beneficiários exigem e cobram muito mais baseados no fato de estarem “pagando” pela “qualidade” e menos pela condição de cidadãos que, por direito, já teriam, haja vista que é dever do Estado a oferta dos serviços de saúde com qualidade, sem o necessário o desembolso de quantia extra em espécie para o pagamento privado ou

conveniados de tais serviços. Mas o próprio Estado dá a abertura para o funcionamento de tais empresas, o que implica na não cobertura dos serviços de saúde para toda a população.

Prosseguindo a análise passamos agora as considerações quanto aos SUS.

2.3.3 Eixo III – Considerações dos Beneficiários da UNIMED Costa Oeste quanto ao SUS

As respostas obtidas quanto ao significado do SUS para os beneficiários da UNIMED Costa Oeste foram:

Olha, eu tive uma experiência porque uma vez eu tive que ir no Mini-hospital levar meu namorado. O atendimento é péssimo, tá. Ai não num tem, as pessoas ficam lá largadas assim eles não tem atenção, e se você não tá ali com a sua identidade e tudo, eles não atendem. Porque eu não tinha, não sabia que tinha que levar a identidade, eu tinha deixado no carro, e não podia deixar ele lá porque ele tava quase caindo sabe?! Nossa fiquei furiosa, então, nossa, porque isso que optei por bem em ter Unimed (S.1).

Então, no caso, né, o significado Sistema Único De Saúde, né. Olha eu fui atendida... (num sei se eu já posso falar isso agora) [Pode sim]. E então eu fui atendida, uma vez, isso faz eu acho que uns 7, 8 anos atrás, né, uns falavam que era bom, outro falavam que era bom, que maltratavam agente, ai eu fui, lá no Mini-hospital, e assim realmente eu fui maltratada, mesmo, sabe? Mas isso hoje em dia num sei como é, né, então há um tempo atrás realmente foi um horror. Mal atendida mesmo. (S.5).

Um atendimento médico que deveria ser para todo mundo e de qualidade, mas que infelizmente isso não acontece né, se não ninguém teria plano de saúde né se o atendimento fosse realmente bom, ai você se obriga né, ou você paga pra ter um atendimento um pouco melhor (S.6).

Uma forma de atendimento para quem não tem convênio, ou condições de pagar consulta (S.7).

O sistema único de saúde é um sistema onde precisam... freqüentam... as pessoas que tem menos condições financeiras, né, e que infelizmente isso não funciona, muito bem ou como deveria... né... funcionar. Então quando agente vê em jornal nacional, ou até mesmo em jornal que você lê que muitas pessoas estão nos corredores, né, dos hospitais... e faltam médicos né, até pelo salário pelo valor da consulta. E isso me abala muito sabe? E é por isso que eu penso assim... a gente tem que procurar pelo menos ter um bom plano de saúde, pra você num... porque eu acho que nessa hora que você precisa, por que é na hora que se tá doente e tudo... então eu entendo que é um plano que é aberto a toda população, né que é aberto a toda a população, só que as pessoas com menos condições financeiras é que precisam mais do SUS, né (S.8).

Um serviço mal estruturado que não condiz com a necessidade da população. (S.9).

Nota-se que, para os sujeitos entrevistados, o SUS é um atendimento médico “para quem dele necessitar”. Embora o SUS seja a integração de todas as ações e serviços de saúde, públicos e privados, para promover a saúde enquanto direito de cidadania a todos. “Todos têm o direito de conhecer os programas de saúde de cada ente da Federação (União, Estado, Município), além de quanto e como são gastos os recursos de saúde” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2006, p.15).

Ao analisar outros depoimentos quanto ao mesmo assunto percebe-se que os entrevistado não responderam, na essência, o que é o SUS, mas o que representam para eles os serviços ofertados pelo sistema. Apresentando o contingente de assuntos relativos a um sistema precário, que não atende a demanda da população e com deficiência de estrutura.

[...] no Brasil a legislação garante a todos os brasileiros um sistema público universal, a questão está em concretizar, na prática social, o espírito de legislação sanitária vigente. Neste sistema neoliberal que cada vez mais vem desresponsabilizando o Estado com as políticas sociais, desmatelando-as, colocando os direitos sociais inviáveis a governabilidade e do crescimento econômico defendendo, assim, uma política social, baseada no ideário neoliberal que visa descaracterizar os mecanismos de proteção social, reduzindo as verbas para os setores inclusive à saúde (MENDES *apud* SILVEIRA, 2006, p. 56).

Mas, de uma maneira geral, não houve indícios, nas respostas, de uma maior compreensão do verdadeiro significado do SUS, em seu pleno funcionamento.

O SUS “Como o próprio nome diz (Sistema Único), se refere à integração de todas as ações e serviços de saúde (públicos ou privados) [...]” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2006, p.15), submetendo-se aos princípios da descentralização, atendimento integral, universalidade, equidade, direito às informações e participação da comunidade.

Tornou-se relevante identificar se dentre esses sujeitos havia algum que recorrera aos serviços dos SUS. Das nove entrevistadas, cinco disseram ter utilizado o SUS como evidencia o quadro abaixo:

QUADRO 4 - SUJEITOS DA PESQUISA QUE JÁ UTILIZARAM OS SERVIÇOS DO SUS

S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	S.6	S.7	S.8	S.9
Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim

FONTE: Dados da pesquisa.

Em seguida foi perguntado aos sujeitos, em caso de necessidade, se utilizariam os serviços dos SUS? As respostas foram:

Utilizaria, mas com certeza se eu fosse mal atendida eu [ia] atrás dos meus direitos. Eu ia reivindicar, que agente paga impostos e tudo né, então eu iria (S.5).

Sim (S.6).

Utilizaria (S.7).

Utilizaria, mas assim com muito receio. Sabe? Justamente pela situação que agente vê acontecer. Porque dizem que os médicos não ganham muito bem... Então atendem as pessoas de qualquer jeito... é uma imensidão de pessoas na sua frente... às vezes você tem que acorda de madrugada para pega... né a senha...

Lógico se não tivesse outra alternativa sim, mas graças a Deus se eu pudesse, e se eu tivesse que escolher entre pagar uma consulta e utilizar os serviços do SUS e escolher uma consulta particular pra se melhor. Porque infelizmente hoje é assim (S.8).

Sim (S.9).

Analisando os depoimentos observa-se que, dos beneficiários entrevistados, a maioria deles nunca utilizou os serviços do SUS e só o utilizariam se fosse o último meio de acesso ao atendimento médico. As conclusões obtidas em relação ao SUS se baseiam em depoimentos de pessoas próximas que utilizaram os serviços dos SUS, através do que assistem ou lêem nos jornais. As outras já utilizaram e alegaram não terem sido bem atendidas.

Pode ser identificada, a partir destas respostas, uma aversão total aos serviços do SUS. Partindo deste fato foram feitas questões para identificar o nível de confiança dos sujeitos em relação aos serviços dos SUS.

Não. Você já fica mais com o pé atrás assim né? Tanto que uma vez... Quando minha filha... Se vê... Ela num... Até não sei por que usei... Não me lembro se eu tinha Unimed ou não... e agente precisou... Nos estávamos viajando pra Cuiabá e agente chegou lá e o hospital ele era pelo SUS, né? Nossa gente, mas foi horrível... Ela tinha febre e tal... Cheguei lá o médico atendeu ela, olhou ela, virou e disse que ela tinha infecção no intestino, né, sendo que na verdade não era isso, depois agente foi... Acho que eu paguei uma consulta ou levei em outro hospital ela tava com infecção de garganta. Sabe... Nossa... Depende do lugar é muito ruim... O atendimento (S.2).

Sinceramente não muito. Se eu levar em consideração ao passado não. Eu já ouvi fala muito assim em... Troca de resultado de exame entende? Por exemplo, no posto de saúde, né, há eu já ouvi falar que o preventivo... É vinha trocado, demora, por exemplo, 60 dias pra vir, entende? Então, não que tenha acontecido comigo. Comigo foi mau atendimento, né, alguns anos atrás. Agora, pela boca dos outros, alguns falam que é legal. (S.5).

Não foi perguntado (S.6).

Sim (S.7).

Não (S.8).

Não (S.9).

Ao analisar as respostas percebe-se que as entrevistadas não têm confiança nos serviços prestados pelo SUS, tanto para quem não utilizou quanto para quem já o utilizou porque entendem que o atendimento assim como o serviço é muito ruim.

A fim de relacionar os níveis de satisfação relativos aos serviços públicos e privados, perguntamos aos sujeitos que utilizaram os serviços do SUS qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços prestados.

Acho que já é bem mais né complicado pelo SUS né, eu ouvi fala casos que você precisa de repente de uma coisa mais urgente... Essa parte na Unimed às vezes você consegue que nem um encaixe coisa e tal... Agora que nem pelo SUS já é bem mais difícil né. Até semana passada, tava conversando com uma amiga minha, ela falou que a avó dela tava precisando de um... fazer um eletro do coração, já fazia 6 meses que ela já tava aguardando né, se vê uma coisa que era com urgência e tal né... Acho mais mesmo por isso assim sabe... Questão de atendimento também falam que hoje melhorou bem assim, sabe. Tipo o atendimento a você sabe que nem precisa ir lá no mini-hospital até já levei assim que nem vizinha lá e tal melhorou bastante assim, por uma vez era terrível mesmo né... Eu mesmo já fiquei, quando eu era, quando tinha uns quinze anos precisei ficar internada e não tinha Unimed naquela época lá... Era um caos assim o atendimento era péssimo tanto de enfermeira, atendente... né... Parece que tinha aquela limitação, "se não tem como pagar não to nem ai com ele" acho que mais por isso mesmo. (S.2).

Então, como agora eu não tenho utilizado, eu to neutra. Eu não saberia te falar. Mas se eu levar em consideração o passado foi muito ruim. (S.5).

Ruim (S.6).

Regular (S.9)

De uma maneira geral, entre os sujeitos que já utilizaram, houve claros indícios de descontentamento com os serviços do SUS. Partindo das considerações dos sujeitos foi perguntado também sobre a origem dos recursos que financiam o SUS. As respostas foram as seguintes:

Olha do governo federal, do município também, daí eles falam que vem dessa CPMF que era pra ser pra saúde, mas esse aí na verdade, era pra se... Foi criada pra saúde, né. Mas na verdade ela não é utilizada só pra saúde, agora pra pagar salários né dos... Dos deputados, acho que não sei se é tudo da onde que vem né o restante né, acho que tem muitas instituições né... Acho que ajudam... Num sei se (S.2).

Sincera e honestamente... Ah eu acho assim... Agente paga impostos aqui pro município, né, eu acredito que uma parcela vinha do governo, né... Outra parcela... eu acho assim que vem de três fontes. O Estado deve mandar um percentual, a prefeitura aqui, o município, um tanto, o restante o governo federal. Eu acredito não tenho certeza (S.5).

Da prefeitura e do governo (S.7.).

Acho que vem do governo, federal, estadual. Não sei assim não tenho conhecimento suficiente pra (S.8).

Do governo, de cada estado (S.9).

Na análise das respostas identifica-se variadas fontes de financiamento para o SUS. Alguns entendem que o financiamento é proveniente de recursos das três esferas do governo: municipal, estadual e federal. É apresentada ainda a arrecadação de impostos e até mesmo de uma parcela de ajuda das instituições como fonte de financiamento. Apresenta-se também, dentre as respostas, uma dissociação comum relativa à procedência dos recursos, pois em nenhum momento mencionou-se que estes eram originados dos impostos pagos pelos cidadãos.

O SUS é financiado com recursos provenientes do orçamento da seguridade social que por sua vez de acordo com o artigo 195 da CF/88: “A seguridade social será financiada por toda sociedade, de forma direta ou indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das [...] contribuições sociais” (BRASIL, 2004, p. 49).

Basicamente os recursos da seguridade social são constituídos por fontes contributivas e fiscais, taxadas sobre as empresas, sobre os salários pagos, sobre as vendas e os lucros das empresas; dos trabalhadores sobre os seus salários; da venda de loterias; e, ainda, dos impostos da União, Estados e Municípios. Sobre esses recursos recai a parcela competente ao orçamento da saúde que é depositado diretamente nos Fundos de Saúde (Federal, Estadual e Municipal) sob fiscalização do conselho.

É importante esclarecer como faz Jorge (1991, p.49), que a isenção de pagamento direto pelos serviços do SUS não significa que tais serviços sejam gratuitos, afinal são custeados com recursos públicos, ou seja, dinheiro público (de todos). O governo somente arrecada as contribuições e cabe a ele gerenciar tais recursos, o que não significa que esse dinheiro seja do governo.

2.3.4 Eixo IV – Compreensão dos Beneficiários Quanto ao Direito à Saúde Legitimado Constitucionalmente

Buscar identificar a compreensão dos beneficiários da UNIMED Costa Oeste com relação à saúde é um dos objetivos desta pesquisa. Para tanto se fez a seguinte pergunta aos beneficiários do plano de saúde suplementar da UNIMED Costa Oeste: o que se entende por saúde?

Visando facilitar a análise das respostas, estas foram organizadas em dois blocos pela proximidade do fundamento das mesmas. Correspondendo ao primeiro bloco as seguintes respostas:

É estar bem, se não está doente você esta com saúde (S.7).

É não estar doente (S.4).

Ao analisar esses depoimentos, de parte dos entrevistados, observa-se que estes relacionam os conceitos/compreensão de saúde como sendo a ausência de doenças. No entanto, no outro bloco as respostas referentes à mesma questão foram:

Qualidade de vida, Eu acho que é qualidade, porque a saúde é tudo, se não tá bem, você não pode trabalhar você não se diverte, você num... Tudo. Num consegue estudar, não tem ânimo pra estudar, então a saúde é qualidade de vida (S.1).

Saúde. Acho que você ta bem né, tipo... Não só mentalmente, fisicamente, acho que tem que ser o conjunto né, ali né, pra mim acho que é isso ai... Saúde (S.2).

Saúde. Ah eu acho assim que é você estar de bem com a vida, você estar assim... Em perfeitas condições sejam psicológicas... É sabe... Você não ter nenhum problema. Você poder fazer tudo o que você quer como as atividades profissionais, as pessoais tudo e em perfeitas condições. Então é você ta de bem com a vida. Isso que eu acho saúde, pessoa saudável. [você acha que saúde é a simples ausência de doenças?] Eu acredito que sim tanto em condições físicas como psicológicas né, tipo depressão, por exemplo, né, eu acredito que sim (S.5).

Eu acho que é o estado físico, e psicológico da pessoa. É como a pessoa está fisicamente e psicologicamente, né, isso é saúde pra mim, né. Então você pode estar, às vezes, bem fisicamente, mas psicologicamente... Então é o bem estar físico e psicológico da pessoa (S.8).

Tudo. Sem saúde não se vive com dignidade. É uma condição para estar bem. Pra ter saúde é necessário praticar esportes, se alimentar bem estar bem mentalmente (S.9).

Analisando as respostas identifica-se que há um entendimento de saúde relativo ao conceito mais abrangente que a mera ausência de doença. Atribuem à saúde condição necessária para uma vida digna, para desempenhar atividades cotidianas e para o bem estar físico e psicológico.

A CF/88 determina em seu artigo 196, a saúde é um direito de todos e também “[...] deixa claro que, sem uma vida digna, no mínimo, com emprego e bom salário, o cidadão e a cidadã estarão mais predispostos a doenças” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2006, p. 16).

O conceito de saúde como mera ausência de doença, no Brasil, já é ultrapassado. O movimento pela Reforma Sanitária, consolidado na CF/88, trouxe uma compreensão de saúde no sentido de entendê-la como um conjunto de fatores determinantes e condicionantes assim como determinado na CF/88 no artigo 6:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição (BRASIL, 2004, p.08)

E na LOS no artigo 3:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde (GRESS, 2003, p. 161).

Contudo, as respostas, em sua maioria, apresentaram aspectos condizentes com a concepção do direito a saúde legitimado constitucionalmente. Porém, nenhuma das respostas apresenta, essencialmente, a afirmação da saúde enquanto um direito social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde é um direito social recentemente garantido no Brasil através do SUS, sistema que abrange todas as ações voltadas para os serviços de saúde, incluindo os de caráter público e privado que, constituído para atuar de forma complementar, tende a um crescente aumento da sua cobertura, assumindo um espaço maior em relação aos serviços públicos.

A lógica neoliberal e suas proposições instauradas após a promulgação da CF/88, dificultam a veiculação dos direitos sociais. As inúmeras reformas constitucionais estabelecidas restringem os direitos ao mesmo tempo em que aumentam as contribuições, arrojando ainda mais os benefícios.

Nesta perspectiva desenvolveu-se a pesquisa que perpassou pela problemática das determinações sociais que levaram os beneficiários da UNIMED Costa Oeste a adquirir um plano de saúde suplementar e não utilizar os serviços dos SUS.

Como resultados da pesquisa podem pautar alguns aspectos levantados quanto às determinações sociais que levaram as entrevistadas a adquirirem ou optarem pelo plano privado:

- Os vínculos empregatícios dos sujeitos através dos contratos empresariais propiciaram aos trabalhadores a adesão a um plano de assistência médica e a situação socioeconômica favoreceu o acesso aos bens e serviços privados de saúde;
- A preocupação com o bem estar físico e mental concernente à compreensão de saúde aliada à crença de garantir com o serviço privado acesso ao atendimento médico quando dele necessitar, com mais facilidade, praticidade, comodidade e qualidade;
- O nível de satisfação e confiança obtidos entre os sujeitos com relação às condições dos serviços privados de saúde é muito superior ao nível obtido em relação aos serviços públicos, acarretando no receio da utilização dos serviços dos SUS;
- A representatividade negativa quanto ao serviço público de saúde: como um sistema precário que não atende a demanda da população e com deficiência de estrutura.

Considerando o exposto, evidenciou-se que os beneficiários da UNIMED Costa Oeste optaram por um plano de assistência médica porque o SUS não garante atendimento a toda população. Todos desejam contar com atendimento médico de qualidade e prontamente quanto houver necessidade, sem burocracia ou filas de espera. Ou seja, preferem pagar pelo atendimento privado a esperar o atendimento ofertado pelo SUS.

Apresenta-se então um aspecto existente antes da CF/88 relativo ao atendimento médico exclusivo aos inseridos no mercado de trabalho. Ou seja, mesmo após

a constituinte, o atendimento médico hospitalar, prontamente e para quando dele necessitar, ainda está voltado aos indivíduos inseridos no mercado de trabalho. Através dos convênios com as empresas empregadoras e as operadoras de serviços de saúde ou mesmo pelo pagamento direto a planos privados de saúde que estes indivíduos têm garantia de atendimento. Esta prática dá continuidade, em certo sentido, ao modelo de seguro contributivo anterior à Constituição Federal de 1988, apesar do SUS ser um direito universal a partir de 1988, no Brasil.

Assim, a hipótese apresentada na introdução deste trabalho, qual seja, a de que para a sociedade há uma desvalorização quanto à qualidade dos serviços prestados pelo setor público com relação ao setor privado, foi comprovada. No entanto os sujeitos da pesquisa apresentaram desconhecer o real motivo da má qualidade dos atendimentos públicos e até mesmo da existência desta lógica, o que denuncia a precariedade da democracia e da cidadania no Brasil.

Tal desvalorização não parte diretamente da sociedade, mas sim do Estado que age conscientemente fundamentado na lógica neoliberal, reforçando a idéia da livre concorrência do mercado e da liberdade individual e da à autopromoção.

Grande parte do sucateamento do setor público diz respeito à desresponsabilização do Estado com relação aos direitos sociais, que incentiva o progresso das empresas privadas, privatizando as instituições públicas que prestam serviços de saúde, educação entre outros direitos sociais.

Cabe então aos indivíduos repensar seus princípios enquanto cidadãos, pois a carta magna foi um grande marco para os direitos sociais, porém o real reconhecimento dos direitos sociais depende da articulação, organização e luta da sociedade pela garantia dos direitos sociais como responsabilidade e dever do Estado.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. *In: Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, 2006, 98p. Disponível em: <www.ministeriodasaude.org.br> acesso 27/ago/2007

BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. *In: Kit – conselheiro: guia de referencia para conselheiros municipais*. Conselho Estadual de Saúde do Paraná: PARANÁ. 1991.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. 23 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004.80p. (Série textos básicos; n.34).

BEHRING, E. R. **Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania** *In* Módulo de capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD, 1999, p.22-37.

BRAVO, M. I. S. As políticas brasileiras de seguridade social: saúde *In: Módulo de capacitação em Serviço Social e política social*. Brasília: CEAD, 1999, p.101-115.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil**. 8 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **SUS: fique por dentro do sistema único de saúde**. Departamento de Apoio Parlamentar Coordenação de Serviços Gráficos: Brasília, 2006.

CENTRAL NACIONAL UNIMED. **Manual de referencia das ações do serviço social no sistema UNIMED**. São Paulo, 2001.

COHN, A. *et al.* **A Saúde como direito e como serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

_____, Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. *In: Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

GRESS 11ª REGIÃO. **Coletânea de legislações: Direitos de cidadania**. Curitiba: Edição especial do II Congresso Paranaense de Assistentes Sociais, 2003.

DUARTE, C. M. R. **UNIMED**: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2001. 10 p. Disponível em: <www.scielo.br/scielo > acesso 05/set/2007.

FERREIRA, C. A; LIESENFELD, G. **Construção aproximativa de estágio supervisionado**. 2006.

FERREIRA, C.A. **Relatório de estágio curricular I**. 2006.

FLEURY, S. Seguridade social: a seguridade social inconclusa. *In: A era FHC e o Governo Lula: transição? Uma análise dos avanços e retrocessos das políticas públicas nos 8anos do governo FHC. E o diagnóstico da herança deixada para o governo lula*. Brasília: Instituto de Estudos Sócio econômicos, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. 9 ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Record, p. 53-60/78-91.

JORGE, E. A. Financiamento setorial do SUS e a questão da municipalização da saúde. *In: Kit – conselheiro: guia de referencia para conselheiros municipais*. Conselho Estadual de Saúde do Paraná: PARANÁ, 1991.

JUNIOR, M. H.; **Direito previdenciário**. 5 ed. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2005, p. 15-39.

MALTA, D. C; JORGE, A.O. Breve caracterização da saúde suplementar. *In Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Ministério da Saúde - Agência Nacional da Saúde. Rio de Janeiro: ANS, 2005.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In Pesquisa social: teoria método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOREIRA, E. M. **O direito à saúde na legislação social: um estudo aproximativo na região da fronteira MERCOSUL**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* - Toledo, 2004.

MONTEIRO DA COSTA, R. A UNIMED e o mercado de assistência a saúde *In Compêndio de cooperativismo UNIMED Porto Alegre*. Porto Alegre: WS Editor, 1998.

OLIVEIRA, C. A. H. S. **O estágio supervisionado na formação profissional do assistente social: desvendando significados.** In: Revista serviço social e sociedade N.º 80. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

PARANÁ. **Kit – conselheiro:** guia de referencia para conselheiros municipais. Conselho Estadual de Saúde do Paraná. 1991.

PEREIRA FILHO, L. T. **Iniciativa privada e saúde.** Disponível em: <www.scielo.br/scielo> acesso em 27/ago/2007

RODRIGUES NETO, E. **Saúde:** promessas e limites da constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 17-90.

SEIBEL, I. **Formação cooperativa – I:** História, estrutura e educação cooperativa no Complexo UNIMED. Porto Alegre: UNIMED Federação/WS Editor, Belo Horizonte: Universidade UNIMED, 2003, p. 17-40, 94-103.

SILVEIRA, C. D. **A representatividade do conselho municipal de saúde de Cascavel na efetivação do controle social.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* - Toledo, 2002.

SILVEIRA, D. **O entendimento dos usuários do posto de Atendimento Continuado (PAC II) de Cascavel em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS).** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* - Toledo, 2006.

STEPHANES, R. **Previdência social:** uma solução gerencial e estrutural. Porto Alegre: Editora Síntese LTDA, 1993, p. 277-284.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987, p. 120-133.

UNIMED. **Historia sistema UNIMED.** Disponível em: <www.unimed.com.br> acesso 27/ago/2007.

UNIMED COSTA OESTE. **Contrato particular de prestadora de serviços médicos, hospitalares, Serviços de Diagnósticos e terapia.** 2007, 17p.

UNIOESTE. **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO.** Anexo V da Resolução N.º 171/03-CEPE. 2003.

VIEIRA, E. **As políticas sociais e os direitos sociais no Brasil: avanços e retrocessos.** *In:* Revista serviço social e sociedade N.º 53. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

_____. **Democracia e Política Social.** São Paulo: Cortez, 1992, p. 09-26.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumentos da Coleta de Dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Perfil das usuárias do plano básico com obstetrícia

Nome _____ Idade: _____

Escolaridade:

- Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo

Renda familiar:

- 00 – 02 salários mínimos
 03 – 05 salários mínimos
 06 – 08 salários mínimos

Número de filhos:

- Nenhum
 Até 02 filhos
 03 a 05 filhos
 Acima de 05 filhos

Estado civil:

- Casada
 Solteira
 Divorciada
 Outros _____

Trabalha?

- Sim
 Não

QUESTIONÁRIO ABERTO:

- 1) O que o levou a adquirir um plano de saúde suplementar da cooperativa de trabalho médico Unimed Costa Oeste?
- 2) Utiliza seu plano com freqüência? Sabe que tipo de cobertura o seu plano garante?
- 3) Confia nos serviços prestados pela cooperativa (em caso de consulta, diagnósticos, exames)?
- 4) Quais são as condições dos serviços prestados pela cooperativa de trabalho médico Unimed Costa Oeste:
 Excelente Bom Satisfatório Regular Ruim
- 5) Qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços prestados pela Unimed Costa Oeste:
 Excelente Bom Satisfatório Regular Ruim
- 6) O que é o Sistema Único de Saúde - SUS?
- 7) Já utilizou o serviço do SUS? Se precisa-se, utilizaria?
- 8) Caso utilize, confia nos serviços prestados pelo SUS (em caso de consulta, diagnósticos, exames)?
- 9) Qual é o seu grau de satisfação com relação aos serviços prestados pelo SUS:
 Excelente Bom Satisfatório Regular Ruim
- 10) Qual é a origem dos recursos que financiam o SUS?
- 11) O que se entende por saúde?

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O Usuário do Plano de Saúde Suplementar Ofertado pela UNIMED Costa Oeste, e o Direito à Saúde Legitimado Constitucionalmente.

Pesquisadora/orientadora Responsável: Vera Lúcia Martins

Este projeto tem o objetivo analisar a concepção dos usuários do plano de saúde suplementar ofertado pela UNIMED Costa Oeste quanto ao direito à saúde. Partindo da hipótese de que para a sociedade há uma desvalorização quanto à qualidade dos serviços prestados pelo setor público com relação ao setor privado, fundamentada na lógica neoliberal e suas principais proposições.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: Coleta de dados sendo feitas entrevistas com as 15 usuárias do plano tipo básico/hospitalar com obstetrícia; especificamente as que participaram do XVI curso de Pré-Natal do Projeto Viva Vida da UNIMED Costa Oeste.

Durante a execução do projeto acredita-se que não haverá riscos ou procedimentos que causem algum tipo de dano/desconforto ao sujeito.

Declaro estar ciente do exposto e desejar realizar a pesquisa.

_____ Data: ____/____/____.

Telefone: (045) 9916-0681

ANEXOS

ANEXO I - Contrato Particular da Prestadora de Serviços UNIMED Costa Oeste

Contrato Particular de Prestadora de Serviços Médicos, Hospitalares, Serviços de Diagnóstico e Terapia.

Condições Gerais

Registro de Operadora ANS nº 371106

Registro de Planos na ANS

FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO EM ENFERMARIA 400.324/98-1 ()
 FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO EM APARTAMENTO 400.325/98-0 ()
 FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO EM ENFERM. COM OBSTETRÍCIA 400.326/98-8 ()
 FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO EM APART. COM OBSTETRÍCIA 400.327/98-6 ()

INDIVIDUAL/FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO

CONTRATADA: UNIMED COSTA OESTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Santos Dumont, n.º 2705 em TOLEDO - PARANÁ, CNPJ/MF 78.931.391/0001-55, Inscrição Estadual - Isenta, neste ato representado pelos Diretores Dr. Manoel Joaquim de Oliveira e Dr. Hiroshi Nishitani a seguir chamada CONTRATADA.

CONTRATANTE: _____, _____, portador do CPF nº _____ e do R.G. nº _____, residente e domiciliado na _____, na cidade de _____, Estado do Paraná, a seguir simplesmente designada **CONTRATANTE**.

Para fins deste contrato serão considerados como dependentes os constantes da proposta de adesão, que deverão estar abaixo relacionados:

1. – OBJETO DO CONTRATO

- 1.1 O presente contrato tem por objeto a cobertura de Serviços de Assistência Médico-Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia aos usuários regularmente inscritos, na forma e condições que seguem, facultada a contratação das Cláusulas Adicionais, sendo obrigatória a especificação de contratação de cada uma delas.
- 1.2 - É parte integrante deste contrato a Proposta de Adesão, Certificado de Adesão, Relatório de Entrevista qualificada feita pelo Contratante, ficha de análise pericial, Guia Médico contendo a relação de médicos cooperados e de serviços credenciados, e relação de hospitais não abrangidos por este plano.

ANS - n.º 371106

2. DEFINIÇÕES

Acidente pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário tratamento médico.

Agravo: É qualquer acréscimo no valor da contraprestação pecuniária do plano.

Associação Médica Brasileira - AMB: órgão representativo da classe médica brasileira, que expede as normas e orientações sobre listagem e cobrança de procedimentos médicos.

Atendimento Ambulatorial: É o Atendimento que se limita aos serviços exeqüíveis em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estruturas hospitalares por período superior a 12 (doze) horas ou serviços de recuperação pós anestésica, UTI, CETIN ou similares.

Atendimento Hospitalar: É o atendimento que se limita aos serviços exeqüíveis em hospitais e pronto-socorros, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, mesmo que complementares a uma internação.

Calculo Atuarial: É o Calculo estatístico com base em análise de informações sobre freqüência de utilização, tipo de cobertura, com vistas a manutenção do equilíbrio financeiro do plano e calculo das contraprestações.

Carência: Período entre a data de início da vigência do contrato e a concessão de benefícios em que o usuário não pode utilizar os serviços contratados.

Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID: relação de doenças reconhecidas mundialmente, classificadas por patologias e por códigos, utilizado nos pedidos de procedimentos médicos, atestados, prontuários médicos, etc.

Cobertura Parcial Temporária: É aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às exclusões estabelecidas quando da contratação do plano.

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS: é o órgão de regulação, normalização, controle e fiscalização das atividades de assistência suplementar a saúde.

Contratada: A Cooperativa, na qualidade de Mandatária de seus cooperados e dos cooperados de suas associadas.

Contratante ou proponente A Pessoa Física ou Jurídica que contrata com a Unimed sendo a única legitimada para exigir e/ou responder pelos direitos e obrigações decorrentes do contrato.

Contrato: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos tanto da operadora como do contratante.

Co-participação: É o montante, definido contratualmente em termos percentuais ou valores pré determinados, que o contratante deve compartilhar com a operadora em cada evento.

Doença ou lesão Preexistente: Doenças ou lesões adquiridas pelo usuário antes da sua inscrição no contrato.

Eletivo: É o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

Emergência: Situação que exige atuação médica imediata sem tempo de preparo do paciente e que implica risco de vida ou de lesões irreparáveis para o usuário.

Entrevista Qualificada: Ato em que o usuário titular deverá responder aos quesitos pertinentes a si e a seus dependentes, referentes a condições de Saúde e de doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento de seu ingresso neste plano.

Evento: É o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica hospitalar que tenham como origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do usuário em decorrência de acidente pessoal ou doença.

Exame Pericial de Admissão: Ato médico executado por profissional indicado pela CONTRATADA com a finalidade de identificar qualquer alteração do estado de saúde do Usuário Titular ou de seus dependentes, antes do ingresso destes neste plano.

Guia Médico: Livreto fornecido pela CONTRATADA, anualmente, contendo o nome e endereço dos médicos cooperados e serviços credenciados, bem como, orientações gerais sobre o plano de saúde.

Mensalidade: cada um dos pagamentos efetuados pelos contratantes para custeio do plano de assistência à saúde mesmo que em periodicidade diversa do mensal.

Órtese: Acessório usado em atos cirúrgicos. Não substitui parcial ou totalmente nenhum órgão ou membro, podendo ou não ser retirado posteriormente.

Proposta: É o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar plano de assistência à Saúde, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nas condições gerais específicas do produto que esteja adquirindo.

Prótese: peça artificial empregada em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função.

Urgência: Situação que exige atuação médica, porém não necessariamente imediata.

Usuário: Pessoa que usa ou desfruta dos serviços contratados.

3. PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

3.1 Os serviços ora contratados serão prestados pelos Médicos cooperados, serviços próprios, contratados ou credenciados e ou das cooperativas associadas a esta e por qualquer serviço médico cooperado, contratado ou credenciado de qualquer cooperativa médica UNIMED, constantes na relação entregue ao contratante, excetuando-se os hospitais que mesmo credenciados por cooperativas médicas UNIMEDs encontram-se discriminadas na relação entregue ao CONTRATANTE e constantes como não cobertos por este plano cuja atualização será mensal e estará disponibilizada na sede da CONTRATADA, devendo ser consultada sempre quando da utilização de serviços fora do Estado do Paraná.

4. - USUÁRIOS

- 4.1 São considerados usuários, para efeitos deste contrato o CONTRATANTE como usuário titular, bem como aqueles a ele relacionados, considerados usuários dependentes, conforme segue:
- a) cônjuge;
 - b) filhos;
 - c) o enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
 - d) a companheira ou o companheiro, havendo união estável, na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial;
 - e) O pai, a mãe, o sogro e/ou a sogra .
- 4.2 Além dos dependentes previstos no item anterior, poderão ser admitidos outros usuários na qualidade de agregados, desde que aceitos pela CONTRATADA e observadas as carências deste contrato.

5 - INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE USUÁRIOS

- 5.1 **A inclusão de filhos do usuário titular ou de dependente regularmente inscrito, nascidos na vigência deste contrato cujo parto tenha sido coberto pelo plano ora contratado, deverá ser feito em até 30 (trinta) dias contados da data do nascimento, a fim de que aproveite as carências já cumpridas pela mãe . Os filhos, cujo parto não tenha sido coberto pelo presente contrato, cumprirão as carências normais prevista neste documento contratual.**
- 5.2 A isenção de carência quando da inclusão de filho adotivo menor de 12 (doze) anos, durante a vigência do contrato, obedecerá o mesmo prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data da adoção, salvo quando o titular estiver em período de carência. E quando o filho adotivo contratar cláusulas que o titular não possua, hipótese em que as carências serão cumpridas integralmente.
- 5.3 **A inclusão de filhos naturais ou adotivos, mesmo os nascidos na vigência deste contrato, e do cônjuge, fora dos prazos mencionados nos itens anteriores, estará subordinada ao cumprimento integral, a partir da inscrição, dos períodos de carência estipulados para os procedimentos e nas cláusulas adicionais eventualmente contratadas.**
- 5.4 A inclusão do CONTRATANTE e respectivos dependentes e agregados será processada através da Proposta de Adesão que se aceita pela CONTRATADA, integra este contrato para todos os fins de direito.
- 5.5 . Os usuários que perderem a condição de dependência poderão assinar novo contrato, em até 30 (trinta) dias a contar da data da perda do direito como usuário dependente, descontadas as carências já cumpridas neste contrato.
- 5.6 A exclusão do usuário Titular cancelará automaticamente a inscrição de seus respectivos dependentes, bem como agregados se houver, observado o item 5.5.
- 5.7 Ficará a critério e ônus da CONTRATADA a realização de Exame Pericial de Admissão no CONTRATANTE e/ou Dependentes.
- 5.8 É obrigação do CONTRATANTE entregar o formulário da Entrevista Qualificada, devidamente preenchido na presença do médico colocado a sua disposição pela CONTRATADA sem qualquer ônus ou por outro, de sua livre escolha..
- 5.9 O ônus pela escolha de profissional médico diferente dos relacionados pela contratada caberá ao CONTRATANTE.

- 5.10 É obrigação da Contratada disponibilizar médico para o cumprimento dos itens anteriores, sob pena de ao não fazê-lo, perder todo e qualquer direito de alegar pré-existência de doença ou lesão com finalidade de exclusão, não cobertura ou suspensão deste contrato.
- 5.11 A doença ou lesão pré-existente, seja obtida por informação do usuário titular, seus dependentes e/ou agregados ou por achado clínico laboratorial do exame prévio ainda por qualquer outro exame anterior à data de inclusão, não impedirá a inscrição do usuário no plano, porém implicará na cobrança de valores referentes a “Agravos por doença” ou estabelecimento de cobertura parcial temporária, a critério do CONTRATANTE, que constará na proposta de adesão.
- 5.12 Os eventos excluídos com finalidade de cobertura parcial temporária e os agravos praticados constarão na Ficha de Análise Pericial e farão parte integrante deste contrato.
- 5.13 Os dependentes que forem incluídos posteriormente ao início da vigência deste contrato deverão cumprir as carências contratuais contadas a partir da sua inclusão.

6. CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

- 6.1 A CONTRATADA fornecerá ao usuário titular e respectivos dependentes e agregados o cartão individual de identificação referente ao plano que pertencerem, com prazo de validade, cuja apresentação, acompanhada de documento de identidade oficialmente reconhecido e o recibo de mensalidades em dia, assegura os direitos e vantagens deste contrato, podendo a CONTRATADA adotar, a qualquer tempo, novo sistema para melhor atendimento aos usuários.
- 6.2 É obrigação do CONTRATANTE, em caso de exclusão de dependente, rescisão, resolução ou resilição deste contrato, devolver os respectivos cartões de identificação e quaisquer outros documentos porventura fornecidos pela CONTRATADA, respondendo sempre, perante a última, sob todos os aspectos, pelos prejuízos resultantes do uso indevido desses documentos, até os respectivos prazos de validade, não cabendo pois, a partir da exclusão do usuário ou da rescisão, resolução ou resilição do presente, qualquer responsabilidade da CONTRATADA em relação ao uso indevido desses documentos.
- 6.3 Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos usuários, titulares, dependentes ou agregados, que perderam essa condição por exclusão ou término do contrato, ou, em qualquer hipótese, por terceiros que não sejam usuários, com ou sem o conhecimento destes.
- 6.4 Ocorrendo a perda ou extravio de qualquer desses documentos, o CONTRATANTE deve participar, por escrito, o fato à CONTRATADA, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via. O cancelamento só terá validade quando reconhecido por escrito, pela CONTRATADA.

7. COBERTURA

- 7.1 **As coberturas estão discriminadas nesta cláusula nos dois módulos, A e B, e poderão ser escolhidas de forma completa com as duas modularidades ou conforme as opções que estão apresentadas na proposta de adesão e que faz parte integrante deste contrato.**

A. Modulo Ambulatorial

B . Modulo Hospitalar

B . 1 . Modulo Hospitalar Básico

B . 2 . Modulo Hospitalar Superior

B . 3 . Modulo Hospitalar Básico com obstetrícia

B . 4 . Modulo Hospitalar Superior com obstetrícia

7.2 Módulo Ambulatorial

A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos:

- 7.2.1** realização de consultas e procedimentos de diagnóstico e terapia em regime Ambulatorial, conforme estipula a resolução nº 10/98 do CONSU, dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, às doenças relacionadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças-CID, exclusivamente dentro de sua rede de prestadores observado o disposto na clausula 11, **também observados os serviços não cobertos indicados na clausula 10.1 E 10.2; as carências especificadas na cláusula 8; e/ou limite explicitado no item 7.2.10 para atendimentos psicoterapêuticos.**
- 7.2.2. Cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas de pré-natal,.
- 7.2.3. Cobertura de Serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, inclusive cirúrgicos, mesmo quando realizado em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação, assim entendido como período a 12 horas de permanência hospitalar.
- 7.2.4. Cobertura de atendimentos ambulatoriais de urgências e/ou emergências que demandem observações de até o limite de 12 horas, período após o qual, o tratamento será entendido como internamento e não terá cobertura.
- 7.2.5. Cobertura de remoção e, dentro da área de abrangência da CONTRATADA, após atendimentos classificados como urgência/emergência, dentro do período de 12 horas, quando caracterizada a necessidade de internação para continuidade da atenção ao paciente.
- 7.2.6. Cobertura para Hemodiálise e diálise peritoneal (CAPD).
- 7.2.7 Cobertura para quimioterapia ambulatorial.
- 7.2.8 Cobertura para radioterapia (Megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletroterapia).
- 7.2.9 Cobertura para hemoterapia ambulatorial.
- 7.2.10 Cobertura para Psicoterapia de crise, entendida como o atendimento intensivo prestado por um ou mais profissionais da área de saúde mental com duração máxima de 12 (doze) semanas tendo início imediatamente após o atendimento de emergência e sendo limitada a 12 (doze) sessões por ano de contrato.

7.3 Módulo Hospitalar

- 7.3.1 A CONTRATADA assegura aos usuários regularmente inscritos, o internamento Hospitalar dentro das especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, às doenças constantes da Classificação Estatística Internacional de doenças, **exclusivamente dentro de sua rede de prestadores,** observado o disposto na cláusula 11 e os serviços não cobertos especificados na cláusula 10.
- 7.3.2 Diárias de internação hospitalar **em quarto coletivo / padrão enfermaria,** para os optantes do **Modulo B. 1 e B. 3,** desde que justificado pelo médico assistente, observadas as limitações explicitadas nos itens 7.3.20 e 7.3.21.
- 7.3.3 Diárias de internação hospitalar, **em acomodação tipo apartamento simples** (quarto privativo com banheiro), com direito a acompanhante para os optantes do **Modulo B2 e B4,** desde que justificado pelo médico assistente, observado as limitações explicitadas nos itens 7.3.20 e 7.3.21.
- 7.3.4 Exames complementares necessários para diagnóstico e controle do tratamento e da evolução da doença que tenha motivado a internação.
- 7.3.5 Honorários médicos através de médicos cooperados, serviços contratados e ou credenciados;
- 7.3.6 Medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais materiais necessários;
- 7.3.7 Taxas Hospitalares e serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- 7.3.8 Utilização de leitos especiais, monitores e toda aparelhagem indispensáveis ao tratamento e em ambiente hospitalar.
- 7.3.9 Unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando determinado pelo médico assistente;
- 7.3.10 Acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital a acompanhante do usuário menor de 18 (dezoito) anos, nas mesmas condições da cobertura contratada, exceto no caso de internação em UTI ou similar;
- 7.3.11 Despesas com remoção do usuário entre Hospitais, quando comprovadamente necessária ao atendimento coberto, respeitada a área de abrangência da contratada.
- 7.3.12 Quimioterapia, Radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplantes e braquioterapia, mesmo quando realizados ambulatorialmente após alta hospitalar, como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização.
- 7.3.13 Nutrição Parenteral e enteral como complemento de tratamento realizado em regime de internação.
- 7.3.14 Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Hemodinâmica mesmo quando realizados ambulatorialmente.
- 7.3.15 Embolizações e radiologia intervencionista mesmo quando realizadas ambulatorialmente.
- 7.3.16 Exames pré-anestésicos.

- 7.3.17 Hemodialise e diálise peritoneal, bem como acompanhamento imediato e tardio de pacientes transplantados de córnea e de rins, após alta hospitalar e como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização.
- 7.3.18 Fisioterapia após alta hospitalar e como complemento de tratamento realizado em regime de hospitalização.
- 7.3.19 Procedimentos buco-maxilares eletivos, traumatológicos e cirurgias odontológicas orais quando necessário sua realização em ambiente hospitalar sob regime de anestesia geral.
- 7.3.20 Cobertura Integral de 30 (trinta) dias de internamento por ano de contrato em unidade psiquiátrica de hospital geral para portadores de transtornos psiquiátricos em situações de crises.
- 7.3.21 Cobertura Integral de 15 dias de internação por ano de contrato em hospital geral, para tratamento de quadro de abstinência provocada por alcoolismo ou outras formas de dependência química que necessitem internação.
- 7.3.22 Cobertura para transplantes de córnea e rins bem como as despesas decorrentes com doadores vivos, medicamentos utilizados durante a internação e acompanhamento clínico imediato e tardio, excetuando-se os medicamentos de manutenção, observado que aqueles transplantes com doador cadáver, conforme legislação específica, terão cobertura desde que o usuário esteja cadastrado em uma das Centrais de Notificação, Captação e distribuição de órgãos, integrante do Sistema Nacional de Transplantes, sujeito a critério de fila única de espera e seleção.

7.4 Opcional Obstétrico

- 7.4.1 São assegurados à usuária regularmente inscrita neste opcional a cobertura de Consultas de pré natal, atendimento médico-Hospitalar, clínicos ou cirúrgicos, relacionados com a gravidez e Parto, quando realizados exclusivamente pelos prestadores da CONTRATADA, observado o disposto na cláusula 11 e observados os prazos carenciais.
- 7.4.2 O filho nascido do parto coberto por este contrato terá cobertura das despesas com Honorários de Pediatra, diárias de berçário e/ou UTI neonatal, bem como medicamentos e materiais indispensáveis ao atendimento, pelo período de 30 (trinta) dias contados a partir da data do nascimento. Após este prazo a cobertura fica condicionada à inclusão do recém-nato no contrato.
- 7.4.3 Em caso de necessidade de assistência médico hospitalar decorrente da condição gestacional coberta por este opcional, porém estando a usuária dentro do período de carência, especificado no cláusula 8.1 letra f, a CONTRATADA estará obrigada a tão somente cobrir o atendimento prestado nas mesmas condições previstas no módulo ambulatorial.

8. CARÊNCIAS

- 8.1 Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos inicialmente na Proposta de Adesão e aceitos pela CONTRATADA, imediatamente após o cumprimento das carências especificadas, CONTADAS A PARTIR DA DATA DO INICIO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO, a qual se dará após o efetivo pagamento da primeira mensalidade, a saber:

8. CARÊNCIAS

8.1 Os serviços previstos neste contrato serão prestados aos usuários regularmente incluídos inicialmente na Proposta de Adesão e aceitos pela CONTRATADA, imediatamente após o cumprimento das carências especificadas, CONTADAS A PARTIR DA DATA DO INICIO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO, a qual foi livremente escolhida pelo CONTRATANTE a saber:

- a) 24 (vinte e quatro) horas para atendimento de urgências decorrentes de acidentes pessoais para os portadores do módulo hospitalar.
- b) 30 (Trinta) dias para consultas e exames de Patologia Clínica conforme tabela protocolada na SUSEP junto com este contrato e colocada a disposição do usuário.
- c) 90 (noventa) dias para os demais exames, exceto os relacionados no item d.
- d) 180 (cento e oitenta) dias para procedimentos clínicos e cirúrgicos sejam em regime de internamento ou em regime ambulatorial, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear magnética, Radiologia Intervencionista, angiografia e hemodinâmica
- e) 90 (noventa) dias para procedimentos de reabilitação e fisioterapia
- f) 300 (trezentos) dias para parto a termo
- g) 180 (cento e oitenta) dias para Quimioterapia, radioterapia, diálise e Hemodiálise
- h) 24 (vinte e quatro) meses para atendimento a doenças ou lesões pré existentes, identificadas por exame pericial ou informação do paciente no formulário da entrevista qualificada e que não tenha sido feita opção por agravo de preço para cobertura destas doenças na data da contratação.
- i) 24 (vinte e quatro) meses para atendimento às doenças que se comprovar serem de conhecimento prévio do usuário e que não tenham sido informadas pelo mesmo na entrevista qualificada quando da sua admissão ao plano.
- j) Os atendimentos caracterizados como de urgência ou emergência das doenças ou lesões identificadas e documentadas na Ficha de análise Pericial como preexistentes, cumprirão a carência de 24 (vinte e quatro) horas e terão cobertura igual à do módulo ambulatorial, independente da modularidade contratada.
- k) **Os atendimentos caracterizados como emergência não provenientes de acidentes pessoais, já caracterizado na letra (a) deste item, para os portadores do módulo hospitalar, durante os períodos de carência, deverão abranger a cobertura igual àquela fixada para o módulo ambulatorial, não estando garantido, portanto cobertura para internações.**

8.2 Contratada a ampliação de cobertura os usuários sujeitar-se-ão às carências e limites previstos para cada uma delas.

8.3 Os usuários inscritos posteriormente a data de vigência do contrato cumprirão as carências especificadas na cláusula 8.1 a partir da sua data de inclusão devidamente aceita pela CONTRATADA.

b) **atendimentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais:** serão prestados em consultórios, clínicas, serviços ou hospitais próprios, contratados ou credenciados pela UNIMED.

c) **exames complementares e serviços auxiliares:** serão prestados através da rede própria, contratada ou credenciada pela UNIMED, mediante solicitação exclusiva de médico cooperado.

d) Os usuários com mais de 65 anos, as gestantes, lactantes e crianças até 5 anos, possuem privilégio no atendimento.

9.2 Para ter acesso a qualquer atendimento o usuário obriga-se a apresentar o Cartão de Identificação válido, um documento de identidade e o recibo de mensalidade em dia.

9.3 É entregue neste ato ao usuário titular o Guia Médico editado pela CONTRATADA informando a relação de seus prestadores, médicos cooperados, hospitais e clínicas.

9.4 Pretendendo o usuário utilizar-se dos serviços assegurados fora da área de ação da CONTRATADA e dentro da área de ação de outra cooperativa UNIMED participante, deverá ele se dirigir à cooperativa para as informações necessárias a fim de facilitar este atendimento.

9.4 **A CONTRATADA não se responsabilizará pelo pagamento de quaisquer serviços eventualmente utilizados fora da forma contratada.**

9.5 No caso de não haver disponibilidade de acomodação hospitalar do nível contratado, nos estabelecimentos próprios, credenciados ou contratados, é garantido o acesso a acomodação em nível superior sem ônus adicional.

10. – SERVIÇOS EXCLUIDOS

10.1 SERVIÇOS EXCLUIDOS EM TODOS OS MÓDULOS

10.1.1 **Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia (S.N.F.M.F.);**

10.1.2 **Cirurgias e tratamentos não éticos ou ilegais;**

10.1.3 **Cirurgias para mudança de sexo e inseminação artificial;**

10.1.4 **Atendimento nos casos de calamidade pública, conflitos sociais, guerras, revoluções e outras perturbações da ordem pública e ainda envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;**

10.1.5 **Consultas e tratamentos médicos e hospitalares efetuados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas.**

10.1.6 **Medicamentos de uso domiciliar;**

10.1.7 **Medicamentos importados não nacionalizados;**

10.1.8 **Transplantes, exceto os de rins e córneas;**

10.1.9 **Despesas não relacionadas diretamente com o tratamento médico-hospitalar, inclusive ligações telefônicas, despesas de acompanhante ou outras que excedam o limite e condições do Plano contratado;**

10.1.10 **Procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos e, tratamento de rejuvenescimento e emagrecimento com a mesma finalidade estética ou cosmética.** 10

- 10.1.11 **Acolhimento de idosos em clínicas de repouso e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.**
- 10.1.12 **Aparelhos ortopédicos, fornecimento de próteses e órteses de qualquer natureza não ligadas ao ato cirúrgico;**
- 10.1.13 **Aluguel de equipamentos hospitalares e similares, bem como enfermagem em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar, e ainda consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência ou urgência;**
- 10.1.14 **Procedimentos de medicina ocupacional.**
- 10.1.15 **Procedimentos ou exames realizados no exterior, ainda que a coleta do material seja feita no Brasil.**

10.2 Serviços excluídos exclusivamente no módulo ambulatorial,

- 10.2.1 **Procedimentos diagnósticos e terapêuticos em Hemodinâmica;**
- 10.2.2 **Procedimentos ou exames que demandem permanência Hospitalar maior que 12 (doze) horas;**
- 10.2.3 **Procedimentos que impliquem em anestesia de tipo diferente da anestesia local, sedação ou bloqueio;**
- 10.2.4 **Quimioterapia intratecal ou as que demandem internação;**
- 10.2.5 **Radiomoldagem, radioimplantes e braquiterapia;**
- 10.2.6 **Nutrição enteral e parenteral;**
- 10.2.7 **Qualquer procedimento de odontologia;**
- 10.2.8 **Embolização e Radiologia Intervencionista;**

10.3 Serviços excluídos exclusivamente no módulo hospitalar,

- 10.3.1 **Consultas e serviços de diagnósticos e terapêuticos quando executados a nível ambulatorial quando não caracterizado internamento hospitalar, conforme definido no item 7.2.4, exceto aqueles indicados na cláusula da cobertura deste módulo.**
- 10.3.2 **Atendimento pré-natal quando não contratado o opcional obstétrico.**

11. CONDIÇÕES DE REEMBOLSO

- 11.1 **A CONTRATADA assegurará o reembolso no limite das obrigações deste contrato, das despesas efetuadas pelo usuário titular ou dependente regularmente inscrito, com assistência à saúde, dentro do território Nacional nos casos exclusivos de urgência ou emergência, quando não for comprovadamente possível a utilização de serviços próprios, contratados ou credenciados pelo Sistema Nacional UNIMED.**

- 11.2 O reembolso de que trata o item 11.1 será efetuado de acordo como os valores das **Tabelas de Serviços da Unimed** no caso de Honorários Médicos e das diárias e taxas hospitalares e nos preços médios de mercado no caso de materiais e medicamentos, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos:
- relatório do médico assistente, declarando nome do paciente, código de identificação, tratamento efetuado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
 - Conta hospitalar discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas, ou recibos do hospital;
 - Recibos individualizados de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando funções e o evento a que referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
 - Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico assistente.
- 11.3 Só serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao usuário, realizado enquanto perdurar o estado de emergência ou urgência.
- 11.4 O CONTRATANTE perderá o direito ao reembolso decorridos doze meses da data do evento ou ao término do contrato, se ocorrer antes.

12. PREÇOS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 12.1 O CONTRATANTE obriga-se a pagar à CONTRATADA, por si e por seus dependentes e agregados inscritos neste contrato, os valores:
- relacionados na Proposta de Adesão para efeito de inscrição, mensalidades e agravos por doença ou lesões pre-existentes,
 - acrescidas da participação de 30% (trinta por cento) a título de custo operacional da CONTRATADA, decorrentes de internamentos psiquiátricos que ultrapassem os limites de cobertura integral estabelecidos nas cláusulas 7.3.20 e 7.3.21 até o limite de 60 (sessenta) dias, inclusive, quando então a participação naquelas despesas passará a ser de 50% (cinquenta por cento).
 - também acrescidas de 30% (trinta por cento) sobre as despesas decorrentes da utilização dos procedimentos do Módulo Ambulatorial e até o limite máximo de R\$ 78,45 (setenta e oito reais e quarenta e cinco centavos), por procedimento, conforme especificado nas cláusulas 12.7 e 12.8.
- 12.2 O CONTRATANTE reconhece que as mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária de cada usuário inscrito. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos usuários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, as mensalidades serão reajustadas automaticamente, no mês seguinte ao do aniversário conforme os percentuais abaixo.

COM CO-PARTICIPAÇÃO

	A	A + B1	A + B2
De 0 a 18 anos;	-	-	-
19 a 23 anos;	%	22,1152%	22,1152%
24 a 28 anos;	%	33,7154%	33,7154%
29 a 33 anos	%	11,4254 %	11,4254%
34 a 38 anos	%	9,8399 %	9,8399%
39 a 43 anos	%	17,2817%	17,2817%
44 a 48 anos	%	6,9476%	6,9476%
49 a 53 anos	%	30,2607%	30,2607%
54 a 58 anos	%	51,3560%	51,3560%
Acima 59 anos	%	13,1418%	11,8302%

- 12.3 Os valores pagos pela aquisição do opcional de obstetrícia não sofrerão qualquer reajuste em função de alteração de faixa etária.
- 12.4 As mensalidades serão pagas pelo sistema de carnê ou por aviso bancário, sempre até o vencimento assinalado e no local indicado.
- 12.5 Ocorrendo impontualidade no pagamento das mensalidades, serão cobrados juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária de acordo com a variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getulio Vargas) ou por outro índice oficial que venha a substituí-lo, calculados proporcionalmente ao tempo de atraso, além de multa de 2% (dois por cento) incidente sobre o valor do débito atualizado, ou ainda, conforme o caso, ressarcimento por perdas e danos , honorários advocatícios e reembolso de custas judiciais.
- 12.6 A utilização dos serviços contratados, durante o período de carência e fora das coberturas definidas neste contrato, implica em dever de pagar à CONTRATADA o respectivo custo, desde já reconhecido como dívida líquida e certa do CONTRATANTE, sendo passível de execução forçada.
- 12.7 Em caso de opção pela forma de pagamento das mensalidades com **co-participação**, conforme estabelecido na proposta de adesão, fica aqui definido que sua incidência recairá sobre **todas as despesas decorrentes da contratação do Módulo ambulatorial, com exceção das decorrentes com diálise peritoneal e/ou hemodiálise, radioterapia e quimioterapia, que terão cobertura integral.**
- 12.8 - Os valores a serem cobrados para pagamento das despesas, no caso de co-participação, serão calculados sobre a tabela de honorários da UNIMED, a tabela Hospitalar da UNIMED e os materiais e medicamentos de acordo com os preços praticados pelo mercado.
- 12.9 **No caso de opção por acomodação de internamento superior à contratada, o Usuário deverá arcar com a total diferença de preço e a total complementação dos honorários médicos conforme negociação direta com os médicos assistentes e o serviço hospitalar .**

13. - REAJUSTES

- 13.1 Os preços relacionados na Proposta de Adesão foram fixados com base em cálculo atuarial levando-se em consideração os preços dos serviços colocados a disposição dos usuários, a frequência de utilização destes serviços, o prazo contratual, os procedimentos não cobertos, as carências e a carga tributária que hoje recai sobre as cooperativas de trabalho médico, assim qualquer alteração destes itens ensejará novos valores.
- 13.2-Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente com base em calculo atuarial, que além dos fatores enumerados no item anterior , poderá ser revisto se houver:
- utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento; ou
 - aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venham a afetar o equilíbrio econômico financeiro deste contrato.
- 13.3-Caso nova legislação venha a autorizar a correção em período inferior a 12 meses, a mesma terá aplicação imediata.
- 13.4-Se por qualquer motivo, a CONTRATADA não puder praticar o reajustamento, nos termos dos itens anteriores, provisoriamente a mensalidade será reajustada na periodicidade legal pela variação do IGP-M (índice de preços do Mercado), segmento saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou na falta deste por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período.

- 13.5-Fica estabelecido que os valores relativos a inclusões de dependentes e de cláusulas adicionais sofrerão o primeiro reajuste na primeira data de aniversário do contrato seguinte à inclusão, unificando-se as respectivas datas base.
- 13.6-Os reajustes subseqüentes à unificação das datas base respeitarão as disposições contidas na presente cláusula 13.
- 13.7-O percentual de reajuste aplicado sobre o valor limitado a co-participação máxima de R\$ 78,45 (setenta e oito reais e quarenta e cinco centavos) por procedimento, será o mesmo autorizado pela Agência Nacional de Saúde, para os reajustes dos contratos, em conformidade com os cálculos atuariais a ela apresentados.**

14 Rescisão do Contrato

- 14.1 Será considerado rescindido este contrato, com exclusão do CONTRATANTE titular e respectivos dependentes e agregados, se houver atraso no pagamento da mensalidade por período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, sem prejuízo do direito da CONTRATADA requerer judicialmente a quitação do débito com suas conseqüências moratórias.
- 14.2 Rescinde-se também este contrato, independentemente de notificação judicial ou extrajudicial, ocorrendo qualquer ato ilícito, fraude ou dolo, devidamente comprovado, praticado pelos usuários;
- 14.3 Após o término deste contrato conforme previsto no item 14.1, é facultado ao CONTRATANTE a denúncia deste a qualquer tempo mediante comunicação por escrito.
- 14.4 CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a si e seus dependentes e/ou agregados após a rescisão do contrato.

15 - DISPOSIÇÕES FINAIS

- 15.1 **Este contrato terá duração mínima de 24 (vinte e quatro) meses consecutivos, contados a partir da data da vigência, prorrogando-se automaticamente por tempo indeterminado.**
- 15.2 A utilização dos serviços contratados, durante o período de carência e fora das coberturas deste contrato, implica em dever do contratante pagar à contratada os custos dos serviços utilizados..
- 15.3 A Inserção de mensagens no recibo de cobrança das mensalidades valerá como intimação do contratante, para todos os efeitos deste contrato, a partir da data do Respeetivo pagamento.
- 15.4- O CONTRATANTE reconhece como dívida líquida e certa, em favor da CONTRATADA, quaisquer despesas decorrentes de atendimento prestado a ele ou seus dependentes e agregados, após a rescisão do contrato.
- 15.5 O CONTRATANTE reconhece que, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 13 da lei 9.656/98, o usuário está obrigado a informar à CONTRATADA, a condição sabida de doença ou lesão pré-existente, previamente à assinatura deste contrato, sob pena de imputação de fraude, sujeito à suspensão ou denúncia deste contrato a a cobrança de prejuízos causados.
- 15.6 Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.
- 15.7 O CONTRATANTE reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a CONTRATADA, mesmo em caso de atendimento por outras empresas integrantes do

SISTEMA NACIONAL UNIMED, com o que manifesta sua incondicional concordância para todos os fins de direito.

- 15.8 Rescindido o contrato, obriga-se o CONTRATANTE a devolver à CONTRATADA todas as carteirinhas de identificação emitidas em seu favor e de seus dependentes e agregados, em vigência.
- 15.9 Casos omissos e eventuais dúvidas deverão ser resolvidos entre as partes e serão objeto de aditivo ao presente contrato, quando couber.
- 15.10 Fica eleito o Foro da cidade da CONTRATADA para dirimir qualquer demanda sobre o presente contrato.
- 14.12 Integram este contrato, para todos os fins de direito, as cláusulas adicionais, a Proposta de Adesão a este plano devidamente assinada pelo Contratante, o Certificado de adesão, o Relatório da Entrevista Qualificada, a Ficha de Análise Pericial e demais anexos aceitos pelos contratantes.

Toledo, _____, de _____, de _____.

Manuela

UNIMED COSTA OESTE Cooperativa de Trabalho Médico

Contratante:

Testemunhas:

 Nome:
 C.I.
 CPF/MF

 Nome:
 C.I.
 CPF/MF.:

DECLARAÇÃO

Declaro, a bem da verdade e para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos, que recebi um exemplar impresso de forma clara e perfeitamente legível do Contrato Particular de Prestação de Serviços Médicos, Hospitalares, de Diagnóstico e Terapia do Plano, bem como a Declaração de Saúde, Relação de Hospitais não abrangidos por este plano, guia médico, glossário. Fico ciente de que o contrato atenderá todos os procedimentos abrangidos pelo ROL DE PROCEDIMENTOS da ANS, de acordo com a RESOLUÇÃO CONSU Nº 10, de 3 de novembro de 1998 e da RDC nº 67, de 08 de maio de 2001. (o Rol de procedimentos está disponível na sede da Unimed Costa Oeste, à rua Santos Dumont, nº 2705, Centro, Toledo – Pr, ou nos seguintes postos de atendimento nas cidades de: Marechal Cândido Rondon à Rua Sete de Setembro nº 777 – Centro, Assis Chateaubriand à Rua XV de Novembro nº34 – Centro, Guaíra à Av. Coronel Otávio Tosta nº 96 – Centro, ou no endereço eletrônico www.ans.gov.br. O teor destes documentos são de meu conhecimento e cujas condições aceito sem qualquer ressalva ou restrição.

Plano

- 400.324/98-1 FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO EM ENFERMARIA
- 400.325/98-0 FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO EM APARTAMENTO
- 400.326/98-8 FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO EM ENFERM. COM OBSTETRÍCIA
- 400.327/98-6 FAMILIAR COM CO-PARTICIPAÇÃO EM APART. COM OBSTETRÍCIA

Nome

RELAÇÃO DE HOSPITAIS EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATUAL, INCLUSIVE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

BAHIA

Agenor Paiva
Hospital Aliança
Hospital Espanhol
Hospital e Maternidade de Assunção S/A
Hospital Português
Hospital Santo Amaro
Hospital São Raphael
INSBOT
Jaar Andrade
Marlagão Gesteria
Sagrada Família
SAMÉS
Santa Izabel
Santa Luzia

PERNAMBUCO

Hope
Hore
Hospital Albert Sabin
Hospital Memorial São José
Hospital Santa Joana

RIO DE JANEIRO

Casa de Saúde Santa Lúcia S/A
Clínica Bambina
Clínica Cardiológica
Clínica Pediátrica da Gávea Ltda
Clínica São Vicente
Clínica Sorocaba S/A
Hospital de Clínicas Rio Mar Barra Ltda
Hospital do Amparo Feminino
Hospital Integrado Gávea
Hospital Israelita
Hospital Samaritano
Pró Cardíaco – Pronto Socorro
Cardiológico
Prontocor – Pronto Socorro

RIO GRANDE DO SUL

Hospital Mãe de Deus
Hospital Moinhos de Vento

SÃO PAULO

Associação Sanatório Sírio
Hospital A.C. Camargo

Hospital de Beneficência Portuguesa
Hospital do Coração
Hospital Israelita Albert Einsten
Hospital Pronto Socorro Infantil Sabará
Hospital Santa Catarina
Hospital Santa Joana
Hospital São Luiz
Hospital Sírio Libanês
INCOR
Nove de Julho
Hospital São Camilo
Hospital Dante Pazanezi
Gastroclínica
Pro Matre
Hospital Samaritano
Hospital Santa Izabel

**ANEXO II - Glossário anexo do contrato particular da Prestadora de Serviço UNIMED
Costa Oeste**

Cálculo atuarial é o cálculo estatístico efetuado com base na análise de informações sobre a frequência de utilização, tipo de usuário, tipo de procedimento, com vistas à manutenção da saúde financeira do plano e cálculo de contribuições.

Carência é o prazo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do plano, durante o qual os usuários não podem fazer uso dos procedimentos cobertos contratados.

Cartão individual de identificação é a cédula onde se determina a identidade do usuário (nome, idade, código de inscrição na cooperativa contratada, etc.) e é também o comprovante de sua aceitação no plano de saúde.

CID é o Código Internacional de Doenças, divulgado pela OMS - Organização Mundial da Saúde.

Coberturas são os procedimentos dos quais o usuário pode fazer uso cumpridas as carências expressas no contrato.

Cobertura Parcial Temporária: É aquela que admite num prazo determinado a suspensão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, relacionadas às exclusões estabelecidas quando da contratação.

Cobertura Parcial Temporária no Caso de Doença ou Lesão Preexistente: é suspensão, estabelecida em contrato pelo prazo máximo de vinte e quatro meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade e relacionada à doenças ou lesão preexistente.

Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU): É o órgão colegiado, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, com competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços de saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico.

Consulta é o ato realizado pelo médico, que avalia as condições clínicas do usuário.

Contratada é a Singular UNIMED identificada na Proposta de Adesão, que se obriga, na qualidade de mandatária de seus cooperados, a garantir a prestação de serviços de assistência à saúde aos usuários do plano ora convencionado, nos termos deste instrumento, através de seus médicos cooperados e de rede própria, ou por ela contratada.

Contratante: Pessoa jurídica que contrata a Prestação de Serviços de Assistência à Saúde de seus empregados, dirigentes ou associados.

Contrato é o conjunto de cláusulas contratuais que estabelece obrigações e direitos da CONTRATANTE e da CONTRATADA.

Contrato Coletivo Normal é o tipo de contrato no qual são cadastrados a totalidade dos usuários propostos, independente do interesse individual.

Contrato Coletivo por Adesão é o contrato no qual somente são cadastrados os usuários que tem interesse em participar do plano.

Co-Participação é o valor pecuniário, calculado através de aplicação de percentual sobre as despesas dos serviços prestados aos usuários, a qual se obriga a CONTRATANTE a pagar à CONTRATADA.

Declaração de Saúde é o questionário fornecido pela CONTRATADA, devendo ser preenchido pelos usuários e cada um de seus dependentes. Destina-se a declarar a existência de doenças preexistentes, bem como avaliar seu estado de saúde.

Dependentes são os usuários descritos na Cláusula VII do Contrato, diretamente dependentes do titular, em virtude de lei.

Doença é o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico-hospitalar.

Doenças ou lesões preexistentes (DLP): são aquelas lesões ou doenças congênitas ou adquiridas pelos usuários e seus dependentes e que saibam ser portadores ou sofredores antes da sua inscrição no contrato

Eletivo é o termo usado para designar procedimentos médicos não considerados de urgência ou emergência.

Emergência é aquele decorrente de risco de vida imediato ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Empresa Associada é a pessoa jurídica, associada ou filiada à ESTIPULANTE que adquire para seus proprietários, funcionários e respectivos dependentes um plano de saúde.

Entrevista Qualificada: Ato em que o Contratante deverá, com o auxílio de médico, responder aos quesitos pertinentes a si e a seus dependentes, referentes a condições de saúde e de doenças que tenha tido e que tenha conhecimento, antes do momento da contratação deste plano.

Estipulante é a pessoa jurídica que contrata um plano de saúde coletivamente, em nome dos associados, com os quais possui vínculo jurídico, ficando investida dos poderes de representação perante a Operadora.

Evento é o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médica, ou hospitalar que tenham por origem ou causa dano involuntário à saúde ou à integridade física do usuário ou de seus dependentes, em decorrência de acidente ou doenças, desde que verificadas durante a vigência do contrato e não estejam excluídas de cobertura. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica definitiva concedida ao paciente ou empresa, o abandono do tratamento por parte do usuário, ou com a sua morte.

Exames são os procedimentos complementares solicitados pelo médico, que possibilitam uma investigação diagnóstica, para melhor avaliar as condições clínicas do usuário.

Exame Pericial de Admissão: Ato Médico executado por profissional indicado pela CONTRATADA com a finalidade de identificar qualquer alteração do estado de saúde do CONTRATANTE ou de seus dependentes, antes do ingresso destes neste Plano.

Ficha de Adesão é o documento de adesão ao contrato. É validado pela OPERADORA, preenchido pelo associado em 3 (três) vias.

Os usuários terão direito a cobertura do contrato, somente após a assinatura da CONTRATADA e início da vigência do documento.

Guia Médico é a relação de médicos cooperados, serviços próprios e credenciados, fornecidos aos usuários. **Inscrição** é o ato de incluir um usuário no plano, condicionado à aceitação da CONTRATADA.

Internação Hospitalar ocorre quando o usuário adentra o hospital, ficando sob os seus cuidados, para ser submetido a algum tipo de tratamento.

Manual do Usuário é o manual de instruções de como proceder nas mais diversas situações, decorrentes deste contrato.

Médico Cooperado é o médico que participa com cotas, numa das cooperativas de trabalho médico existentes no Sistema Nacional UNIMED.

Mensalidade é o valor pecuniário relativo a cada usuário a ser paga mensalmente pela CONTRATANTE, em face das coberturas previstas.

Operadora é a pessoa jurídica responsável pela elaboração e comercialização do produto, que representa a CONTRATADA, responsável pelo contrato firmado com a CONTRATANTE.

Órteses são dispositivos mecânicos aplicados sobre segmentos corporais, para oferecer-lhes apoio ou estabilidade, prevenir ou corrigir deformidades e permitir ou facilitar sua função, durante o ato cirúrgico.

PEA - Plano de Extensão Assistencial: é o plano de extensão assistencial, oferecido como benefício em caso de falecimento do usuário titular, inscrito há mais de 06 (seis) meses, desde que as mensalidades estejam em dia até a data do óbito, através do qual os dependentes inscritos têm direito aos serviços previstos no plano que se encontravam inscritos, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, contados a partir do primeiro dia do mês seguinte ao óbito. **Franquia** é o valor limite, fixado em reais, que o usuário terá como participação no custo, em determinado procedimento.

Plano Referência é o plano previsto na Lei nº 9.656/98 e composto pelo Plano 2.3.4 **Prazo** é o período de duração do contrato Procedimentos médicos ambulatoriais são aqueles executados no máximo com anestesia local, que não exijam a presença de

médico anestesista e que não ultrapassem o máximo de 12 (doze) horas entre o início do procedimento e a alta do paciente.

Procedimentos de Alta Complexidade para Cobertura Parcial Temporária: são os relacionados no Anexo I da RDC 68 da ANS, consistindo nos únicos procedimentos que, quando referentes à Doenças e Lesões Pré-existentes, poderão constar de cláusula contratual específica e ter sua cobertura suspensa pelo prazo de até vinte e quatro meses."

Proposta de Adesão é o documento validado pela OPERADORA, preenchido pela CONTRATANTE e CONTRATADA, que firma as condições do Contrato. O contratante terá direito a cobertura do contrato somente após assinatura da contratada neste documento e após o início da vigência do contrato.

Próteses são as peças artificiais empregadas em atos cirúrgicos, em substituição parcial ou total de um órgão ou membro, reproduzindo sua forma e/ou sua função, utilizada no ato cirúrgico.

Recursos ou serviços credenciados/contratados são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para o atendimento médico-hospitalar, mas que não são realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa, e sim por terceiros mediante contratos firmados com a contratada.

Recursos próprios são aqueles colocados à disposição do usuário pela CONTRATADA, para atendimento médico-hospitalar, mas realizados pelos médicos cooperados ou pela rede própria da cooperativa.

Reembolso é a devolução de valores gastos em atendimento de urgência/emergência, quando não for possível a utilização da rede da CONTRATADA, até o limite da tabela referência de valores praticados pela Unimed.

Tabela de Referência Unimed é a lista indicativa de procedimentos e seus respectivos custos, nas hipóteses em que sejam necessárias a aferição ou reembolso de valores dos serviços de assistência à saúde.

Titular é o usuário inscrito pela CONTRATANTE, como tal. Unimed é uma Cooperativa de Trabalho Médico, regida pela Lei N° 5.764, de 16 de dezembro de 1971, criada e dirigida por médicos. Usuário é a pessoa física inscrita e aceita pela CONTRATADA, que usufruirá dos serviços ora contratados, seja na qualidade de titular ou dependente, conforme definido na Cláusula 4. Vigência é a data a partir da qual passam a estar em vigor os termos deste contrato.

Urgência é aquele decorrente de acidente pessoal ou de complicação no processo gestacional.

Usuário: Pessoa que usa ou desfruta dos serviços contratados.