

GRACIELA LIESENFELD

**ENTRE O ESPAÇO PRIVADO E O PÚBLICO: O DILEMA DA COOPERATIVA
UNIMED COSTA OESTE**

**TOLEDO
2007**

GRACIELA LIESENFELD

**ENTRE O ESPAÇO PRIVADO E O PÚBLICO: O DILEMA DA COOPERATIVA
UNIMED COSTA OESTE**

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.

Orientador: Prof. Dr. Alfredo Batista

**TOLEDO
2007**

GRACIELA LIESENFELD

**ENTRE O ESPAÇO PRIVADO E O PÚBLICO: O DILEMA DA COOPERATIVA
UNIMED COSTA OESTE**

**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

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

Prof^a. Ms. Carmen Pardo Salata
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof^a Ms. Ineiva Terezinha Kreutz Louzada
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, 14 de Novembro de 2007.

Aos meus pais por toda dedicação e
por todo carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, força superior que ilumina minha caminhada;

Aos meus pais, Eliria e Inacio Liesenfeld, pessoas que amo profundamente, sempre presentes em minha vida. Agradeço pela educação que com amor e carinho me proporcionaram. Minha mãe é a responsável por eu entrar na universidade, pois foi quem mais me incentivou a prestar vestibular;

Aos meus irmãos Clóvis, Marcelo e Daniela que sempre dividiram comigo momentos de alegrias e de muitas brincadeiras, além de breves momentos de brigas quando criança e que hoje compartilham agradáveis momentos em família;

Às minhas cunhadas e ao meu cunhado;

Aos meus sobrinhos Jean Carlos e João Vitor e minhas sobrinhas Gabrielle Cristina e Bruna Eduarda por me oferecerem momentos de encanto com suas brincadeiras e suas travessuras, sem esquecer da bagunça no quarto da “tia Gra”;

À Juliana Hickmann que desde o primeiro ano da graduação se tornou uma grande e amada amiga que me transmite exemplo de força e determinação;

À Leoni, Patricia e Vandenéia, amigas e companheiras de atividades, pessoas por quem tenho grande carinho;

Aos demais acadêmicos colegas de sala que fizeram parte dessa caminhada. Sentirei saudade;

Ao Diretor do Colégio Estadual João Arnaldo Ritt, Jairo Luiz Hoffmann, por ter me liberado no ano de 2007 para frequência de Estágio Curricular Supervisionado.

À Unioeste, por proporcionar esse espaço de aprendizagem e todos que fazem parte dos diferentes setores da instituição;

Ao corpo docente do curso de Serviço Social;

Ao meu orientador Professor Doutor Alfredo Batista por me transmitir em seu exercício profissional parte de seu conhecimento acumulado;

À Jane F. Brustolin, supervisora de campo, assistente social da UNIMED Costa Oeste, por abrir esse espaço e por transmitir suas experiências profissionais no período de Estágio Curricular Supervisionado I e II;

Ao meu namorado Marcelo A. da C. Ismael, que há pouco tempo faz parte de minha vida, mas que tem me proporcionado momentos perfeitos de felicidade e amor.

“Os filósofos limitaram-se a interpretar o mundo de diversas maneiras; o que importa é modificá-lo.”

Karl Marx

LIESENFELD, Graciela. **Entre O Espaço Privado e o Público: o dilema da cooperativa UNIMED Costa Oeste.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – *Campus* - Toledo, 2007.

RESUMO

A entrada do receituário neoliberal no Brasil trás consigo grandes alterações na estrutura de funcionamento da sociedade brasileira. Entre as principais conseqüências destaca-se a reforma do Estado, que tem como centralidade o lema a privatização. Uma reforma voltada ao mercado, que redefine o papel estatal diminuindo suas responsabilidades em relação à área social, o que causa grandes impactos nas políticas públicas, principalmente à política de saúde, que vive momento de vulnerabilidade. Essas transformações estatais em conjunto com o avanço das indústrias impulsionam a expansão do setor de saúde suplementar no país, distribuída em diferentes modalidades, entre elas, as cooperativas operadoras de planos de saúde, representadas pelo Sistema UNIMED. Assim, com o objetivo de conhecer os incentivos oferecidos pelo Estado à cooperativa UNIMED Costa Oeste este trabalho procura entender a finalidade da cooperativa médica; compreender o que é incentivo fiscal identificando sua relação com os projetos sociais desenvolvidos e; apreender a natureza não lucrativa de uma cooperativa como esta. Isto através de pesquisa exploratória de campo que utiliza a entrevista como instrumental de pesquisa, buscando na própria instituição a resposta para o problema de quais os incentivos oferecidos pelo Estado à cooperativa UNIMED Costa Oeste para que ela preste assistência na área da saúde? A cooperativa em destaque integra o Sistema UNIMED, presente em grande parte do território nacional e rege-se pelos princípios cooperativistas, como a suposta natureza não lucrativa. Neste contexto que o receituário neoliberal ganha espaço, que o Estado se torna mínimo para a área social e que o setor privado de serviços se expande, os direitos sociais, resultados de lutas históricas, são transformados em mercadorias introduzindo mais um mecanismo de seletividade, desigualdade social e acumulação do capital. As cooperativas operadoras de planos de saúde representam o privado, amparado por uma legislação, utilizando recursos públicos.

Palavras chave: Reforma do Estado, Saúde Suplementar e Isenção Fiscal.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1. ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED NO BRASIL..... 35

QUADRO 1. DADOS UNIMED COSTA OESTE..... 36

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF/88	Constituição Federal de 1988
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFINS	Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
FHC	Fernando Henrique Cardoso
IAPAS	Instituto de Administração Previdenciária
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INANPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IOF	Imposto Sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro
IRPJ	Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas
ISS	Imposto Sobre Serviços
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração e da Reforma do Estado
PASEP	Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIMED	União de Médicos

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
LISTA DE FIGURAS E QUADROS.....	7
LISTA DE SIGLAS.....	8
INTRODUÇÃO	10
1 REFORMA DO ESTADO: A REDEFINIÇÃO DE SEU PAPEL NO BRASIL	12
1.1 O ESTADO, SUA FUNÇÃO E “SUA CRISE”.....	12
1.2 A ENTRADA DE UM NOVO CENÁRIO HISTÓRICO: O ADVENTO DO NEOLIBERALISMO NO PAÍS.....	14
1.3 A REFORMA DO ESTADO A PARTIR DO PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO	17
2 O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	23
2.1 OS PRINCÍPIOS COOPERATIVOS.....	29
2.2 O COMPLEXO UNIMED	32
2.2.1 O Sistema UNIMED.....	33
2.2.1.1 A Singular UNIMED Costa Oeste	35
2.3 APROXIMAÇÃO COM A QUESTÃO DE INCENTIVOS FISCAIS NO BRASIL	36
2.4 TRIBUTOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	38
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
3.1 ANÁLISE DOS DADOS	44
3.1.1 Finalidade da UNIMED Costa Oeste como cooperativa prestadora de serviços de saúde.	44
3.1.2 Isenção fiscal da carga tributária da UNIMED Costa Oeste e sua relação com os projetos sociais desenvolvidos.	48
3.1.3 Cooperativa não tem fins lucrativos?	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICE	63
ANEXO.....	64

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso – TCC é uma tentativa de abordar uma temática com recorte específico pouco estudado, um TCC com elementos que abordam os incentivos fiscais oferecidos pelo Estado ao setor de saúde suplementar, especificamente à cooperativa médica UNIMED Costa Oeste, que é o debate central. Para além dessa questão, com determinações polêmicas, faz-se também uma análise da finalidade e da natureza não lucrativa dessa cooperativa. O interesse por esta pesquisa nasceu da frequência de Estágio Supervisionado Curricular I e II na UNIMED Costa Oeste, localizada no Município de Toledo, Estado do Paraná.

Esse estudo enquadra-se no setor de saúde suplementar que apresenta movimento de expansão principalmente nos anos de 1980, década de aprovação do novo texto Constitucional que coloca a assistência à saúde como direito de todos e dever do Estado. Isso evidencia uma dubiedade na política social brasileira: ao mesmo tempo em que se aprova nova Constituição com ampliação de vários direitos sociais, acontece de forma paralela a expansão de um setor privado de serviços, resultado da emergência do receituário neoliberal no país que provoca a redefinição do papel do Estado e o sucateamento dos serviços públicos, com forte incentivo ao mercado. Neste sentido, o problema que se coloca é: quais os incentivos oferecidos pelo Estado à cooperativa médica UNIMED Costa Oeste do Município de Toledo, para que ela preste assistência no campo de saúde?

A literatura mostra que não é recente a questão de incentivos fiscais oferecidos pelo Estado à diversos segmentos e este pode ser um dos motivos que impulsiona o crescimento das cooperativas de planos de saúde que caminham para o desenvolvimento de monopólios.

Assim, com o objetivo de conhecer os incentivos oferecidos pelo Estado à cooperativa UNIMED Costa Oeste, procura-se entender a finalidade de uma cooperativa médica; compreender o que é incentivo fiscal identificando sua relação com os projetos sociais desenvolvidos e; apreender a natureza não lucrativa de uma cooperativa como esta. Para alcançar tais objetivos utiliza-se a pesquisa exploratória com a técnica de pesquisa de campo, a qual apresenta como instrumental a entrevista focalizada, guiada por roteiro não estruturado. Supõe-se que o Estado incentiva a cooperativa UNIMED Costa Oeste com isenção fiscal tributária, no entanto, esses incentivos advêm do princípio cooperativo pelo qual esta instituição é constituída e não devido a sua atuação ser desenvolvida na área da saúde.

O universo desta pesquisa é composto pelo quadro de funcionários da cooperativa UNIMED Costa Oeste, constituído por cinquenta e três pessoas, entre as quais se sobressai uma amostra, não probabilística intencional, de cinco sujeitos devido à atividade que desenvolvem na instituição.

Para responder a este universo de procedimentos metodológicos apresentam-se os capítulos da seguinte forma:

No primeiro capítulo é abordada a emergência do receituário neoliberal no Brasil que traz embutido a Reforma do Estado. Procura-se primeiramente entender as funções do Estado para então compreender as alterações causadas por tal reforma, entendida por alguns autores como contra-reforma, pois entra em cena restringindo direitos historicamente conquistados.

O segundo capítulo apresenta a evolução do setor de saúde suplementar no Brasil, com suas respectivas modalidades de atuação e aprofunda a discussão no setor cooperativista de planos de saúde, especificamente a UNIMED e suas ramificações chegando a singular UNIMED Costa Oeste. Além disso, este capítulo apresenta também uma aproximação com os incentivos fiscais no Brasil e os tributos do setor de saúde suplementar.

O terceiro capítulo expõe a metodologia do trabalho e o resultado da pesquisa, com suas categorias de análise onde se discute a finalidade da UNIMED Costa Oeste como prestadora de serviços de saúde, a isenção fiscal da carga tributária da citada instituição e a relação desses incentivos com os projetos sociais desenvolvidos e; a questão da não lucratividade da cooperativa UNIMED Costa Oeste.

Destaca-se no decorrer do TCC, em particular com os resultados obtidos da pesquisa, que a cooperativa representa o privado, amparado por uma legislação, utilizando de recursos públicos.

1 REFORMA DO ESTADO: A REDEFINIÇÃO DE SEU PAPEL NO BRASIL

Este primeiro capítulo apresenta, de forma breve, as funções do Estado, seguindo com explanação do processo histórico que influenciou a reforma do Estado, como sua suposta crise e a emergência do receituário neoliberal no Brasil. Isso permite entender a reforma do Estado num estudo sobre o próprio Plano Diretor da Reforma do Estado, assunto tratado na seqüência.

Para entender o Estado a referência é Mandel (1985), autor de vários ensaios políticos e livros de economia marxista; a questão da crise do Estado e do neoliberalismo é apresentada a partir de Behring (2003) e Batista (2002). Partindo destas considerações iniciais necessárias para entender a reforma do Estado vivida no Brasil, segue-se com um estudo do próprio Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado - MARE, com a intenção conhecer os argumentos e os fundamentos da necessidade de tal reforma e com o intuito de identificar os mecanismos e as estratégias utilizadas pelo governo para implementar este processo. O objetivo é, também, saber como que, a partir de então, se dividiu o Estado, de forma a considerar o processo de privatização e de “publicização” proposto pelo plano.

1.1 O ESTADO, SUA FUNÇÃO E “SUA CRISE”.

De acordo com Mandel (1985), o Estado é resultado da divisão social do trabalho e seu surgimento está relacionado à crescente autonomia de certas atividades superestruturais¹, mediando a produção material, com o papel de sustentar uma estrutura de classe e relações de produção. Dentre as funções do Estado o autor destaca três principais:

- 1) facilitador das condições gerais e sociais da produção entre a infra e a superestrutura;
- 2) função repressiva exercida por meio da coerção e;
- 3) função integradora das classes dominadas, garantindo a ideologia da classe dominante.

¹ Essas atividades superestruturais, segundo o autor, são a produção e a reprodução social, o que diz respeito às relações fundamentais de produção da qual a economia não dá conta (MANDEL, 1985).

Neste sentido, estas duas últimas funções ao mesmo tempo em que são mecanismos distintos são também mecanismos que se entrelaçam. Mas o Estado, de acordo com o autor, é anterior ao capital, por isso suas funções não podem ser derivadas diretamente das necessidades da produção. As funções do Estado pré-capitalista se distinguem das funções pós a emergência do capital, garantindo as relações entre os proprietários de terra e sua união contra os inimigos, momento em que a propriedade privada não representa a apropriação privada de mercadorias, mas da terra e do solo.

O Estado se torna um instrumento de acumulação de capital depois de certo grau de maturidade da acumulação primitiva, da especulação e do capital mercantil. De acordo com o autor,

O governo do capital se distingue de todas as formas pré-capitalistas de governo pelo fato de não se basear em relações extra-econômicas de coerção e dependência, mas em relações ‘livres’ de troca que dissimulam a dependência e a sujeição econômica do proletariado [...] e lhe dão a aparência de liberdade e igualdade (MANDEL, 1985, p. 335/336).

Também o Estado burguês se diferencia das formas de dominação anteriores, devido ao isolamento das esferas pública e privada da sociedade, causado pela generalização da produção de mercadorias, da propriedade privada e da grande “[...] concorrência de todos contra todos [...]”, o que caracteriza uma autonomização do aparato estatal (MANDEL, 1985, p. 404).

Outra alteração elencada pelo autor ocorre na transição do capitalismo concorrencial para o monopolista que modifica “tanto a atitude subjetiva da burguesia em relação ao Estado, quanto a função objetiva desempenhada pelo Estado ao realizar suas tarefas centrais” (MANDEL, 1985, p. 407). O capitalismo monopolista amplia as funções do Estado tendendo à incorporação de um número maior de setores produtivos e reprodutivos às condições gerais de produção que ele financia. Sendo assim, pode-se observar que o Estado funciona como um amparo do capital privado.

Já o capitalismo tardio apresenta como uma de suas características a tendência de levar o sistema social a crises econômicas e políticas que ameaçam de forma direta todo o modo de produção e a função do Estado, o qual, nesta fase, além de criar condições gerais de produção é também responsável por administrar as crises. Para o autor acima referido as múltiplas crises representam facetas diferentes de uma mesma realidade, de uma totalidade sócio-econômica: o

modo de produção capitalista. É uma crise das relações de produção capitalista, não só da apropriação, valorização e acumulação, mas também da produção de mercadorias, da divisão capitalista do trabalho, da estrutura capitalista da empresa, do Estado nacional burguês e da subordinação do trabalho ao capital nas várias dimensões.

Para a equipe do MARE (1995) Estado e mercado são as instituições que operam na coordenação dos sistemas econômicos e quando uma delas apresenta problemas configura-se uma situação de crise. Sendo assim, a crise dos anos 1920/1930 foi causada pelo mau funcionamento do mercado, uma crise econômica, enquanto que a crise dos anos 1980 estaria enraizada no Estado, o que coloca em cheque o modelo econômico em vigência.

Porém, ao procurar fundamentação da crise dos anos de 1980 em outros autores, percebe-se que esta suposta crise de Estado é colocada de forma invertida. Aborda-se a crise como sendo de Estado para justificar a implantação da reforma do Estado. Embora sendo uma crise econômica o Estado é posto, pela hegemonia, como responsável pela depressão vivida pelo capital (BATISTA, 1999).

Em nível mundial a reação à crise do capital se inicia nos anos 1970, mas a adesão brasileira se dá na década de 1980, pois até então esteve condicionada à transição democrática e a complexa estrutura industrial, elementos internos que contribuíram para o caráter tardio da adesão brasileira ao neoliberalismo. A crise teve como conseqüências o generalizado empobrecimento, crise dos serviços públicos, desemprego, economia informal e produção voltada para exportação de forma a desconsiderar as necessidades internas. Neste período os fluxos de investimento externo, no Brasil, caíram de 4,2% para 1% (BEHRING, 2003).

1.2 A ENTRADA DE UM NOVO CENÁRIO HISTÓRICO: O ADVENTO DO NEOLIBERALISMO NO PAÍS

É neste período que se implanta o receituário neoliberal, um período de crise profunda no modo de produção capitalista, caracterizada pela reestruturação produtiva impulsionada pelo avanço tecnológico e científico e pela financeirização do capital, com conseqüente processo de mundialização. Este processo se traduz paralelamente aos avanços, em aumento gradativo da pobreza e miséria humana. Neste período a dívida externa brasileira se

eleva devido a política de captação de recursos² e o país vive um momento de acentuado aumento da inflação³.

As conseqüências da emergência do neoliberalismo, como as dimensões sobre a reforma do Estado, se tornam novas demandas ao projeto ético-político do Serviço Social pois representam a perda gradativa de direitos historicamente conquistados. Segundo Behring (2003) o neoliberalismo representa uma reação burguesa conservadora e monetarista, de natureza claramente regressiva que vem prejudicar a possibilidade política de uma reforma democrática que vinha se constituindo no país.

A crise juntamente com a entrada do regime de caráter neoliberal causam mudanças na estrutura de funcionamento da sociedade e do Estado. Diante desse colapso financeiro internacional é imposto o discurso da necessidade dos ajustes e dos planos de estabilização, mas no Brasil as políticas de estabilização não foram capazes de reverter a crise que teve grande impacto social.

Sendo assim, o projeto burguês, representado pelos governantes, apresenta como resposta à crise econômica a proposta de reforma do Estado que se materializa no Brasil nos anos 1980 e 1990 (BATISTA, 1999).

Segundo Batista (2002) o projeto neoliberal no Brasil elege como primeira ação concreta reduzir as conquistas obtidas na esfera econômica durante o modelo nacional-desenvolvimentista e de forma paralela reduzir os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora, transferindo para a lógica do mercado sua operacionalização.

Os anos de 1990 são significativos para o país. O Brasil entra esta nova década, destruído pela inflação, sem solução para o endividamento e com a área social em situação grave. O ajuste estrutural capitalista de sentido neoliberal dos anos 1990 vem delineado da década anterior, momento de contradição da transição democrática. As reformas liberais, orientadas para o mercado passam a ser assumidas em 1989, a partir da derrota da união preocupada com os avanços democráticos preconizados na Constituição de 1988 (BEHRING, 2003) e guiada pelas medidas políticas do Consenso de Washington de 1989, como a desregulamentação dos

² “A dívida brasileira, a maior da América Latina, cresce vertiginosamente a partir de uma articulação exemplar entre a burguesia nacional, o Estado e o capital estrangeiro que fundou o ‘milagre brasileiro’”. A dívida cresceu ao invés de diminuir (BEHRING, 2003, p. 135).

³ Segundo a mesma autora, o Brasil saltou de uma inflação anual de 91,2% em 1981, para 217,9% em 1985 (BEHRING, 2003, p. 134).

mercados; a abertura comercial e financeira e; a privatização e redução do Estado. (BATISTA, 2002).

Segundo o autor acima citado, as eleições de 1989 representam a entrada de um novo cenário histórico no Brasil. A vitória de Fernando Collor de Melo, em 1989, logo após a aprovação da Constituição Federal de 1988, é comemorada pela elite da classe burguesa e vem interromper o crescimento gradual da classe trabalhadora, momento em que a resistência ao receituário neoliberal se fragiliza. Isso porque o adversário de Luiz Inácio Lula da Silva, representante da classe trabalhadora, entra em cena colocando em movimento o neoliberalismo.

Apoiado nas medidas políticas do Consenso de Washington Collor se preocupa em reduzir a inflação e fazer o país crescer. Embora o país estivesse vivendo um período de inflexão Collor coloca o neoliberalismo em andamento, destruindo as organizações sindicais populares e de movimentos sociais, de forma a ignorar o diálogo com estes atores (BATISTA, 2002).

A abertura comercial e a reforma administrativa de seu governo criam condições para o crescimento do desemprego, levando o país a entrar em uma profunda recessão. No governo Collor se inicia as chamadas reformas estruturais como o programa de privatizações e da redução das tarifas aduaneiras, reformas que implantam de forma acelerada a estratégia neoliberal, abrindo um período que Behring (2003, p. 151) chama de “contra-reforma neoliberal no país.”.

Segundo a autora, “Collor preconizou as reformas orientadas para o mercado como complemento do processo de modernização, tendo em vista a recuperação da sua capacidade financeira e gerencial”. Em relação à área social sua administração pauta-se no clientelismo, não se dispondo a implementar o conceito de seguridade social preconizado na Constituição de 1988, um exemplo é o veto à regulamentação da Lei Orgânica de Assistência Social. (BEHRING, 2003, p. 154).

Seu mandato é interrompido pela população brasileira, sob liderança dos estudantes, os “caras pintadas”, que vão as ruas buscar o *impeachment* (BATISTA, 2002). Em 1994, em conjunto com o Partido da Frente Liberal – PFL, é eleito Fernando Henrique Cardoso - FHC, também representante da burguesia brasileira e associada. O receituário neoliberal e, então, implantado no país, nos anos de 1990, comandado por FHC, com baixa resistência da sociedade brasileira (BATISTA, 2002).

Segundo Behring (2003, p. 163), um balanço mostra “a tragédia social brasileira, aprofundada no âmbito da implantação do Plano Real conduzida pela coalizão das elites em torno

de Cardoso.” Ainda de acordo com a autora, “sobre a macroeconomia do Plano Real, houve implicações decisivas para o Estado e as classes.”. Seu projeto econômico-político causa mudanças importantes e estruturais, apoiado por forças conservadoras revertendo à pauta progressista dos anos 1980, tendo como elemento central a proposta de reformar o Estado. (BEHRING, 2003, p. 167).

De acordo com Batista (2002), em 1995 FHC inicia sua longa caminhada a serviço do capital, com a aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.

1.3 A REFORMA DO ESTADO A PARTIR DO PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO

Iniciada final dos anos 1980 no governo de Collor de Melo, a reforma neoliberal do Estado se realiza no governo de FHC com a aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, em 1995, elaborado pelo MARE, órgão criado exclusivamente para este fim, sob comando do Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira.

A reforma parte da redefinição do papel do Estado. Trata-se de uma reforma da administração pública brasileira que busca transformar o Estado brasileiro, substituindo a administração burocrática pela administração gerencial, calcada nos princípios de administração e eficiência, voltada não mais para o controle dos processos, mas para o controle dos resultados, de forma a reorganizar as estruturas da administração para fortalecer e reconstruir o Estado.

Para a equipe do MARE a reforma se faz necessária porque a crise, evidente dos anos 1980 seria uma crise do Estado. O Estado seria o responsável pela desaceleração econômica e desequilíbrios, pois “não soubera processar de forma adequada a sobrecarga de demandas a ele dirigidas” causando redução da taxa de crescimento econômico, elevação de taxa de desemprego e aumento da taxa de inflação. Sendo assim, o Estado representa não mais um obstáculo ao desenvolvimento, mas um fator a isso (MARE, 1995, p. 10).

Bresser-Pereira (1997) em trabalho apresentado à segunda reunião do Círculo de Montevideu em 1997, coloca que a crise do Estado está associada, de um lado, ao caráter cíclico da intervenção estatal, e de outro, ao processo de globalização, que reduz a autonomia das políticas econômicas e sociais dos estados nacionais.

Segundo o texto do plano diretor, essa crise apresenta três dimensões. São elas:

- 1) Crise fiscal caracterizada pela perda crescente de crédito por parte do Estado e por poupança pública negativa;
- 2) Crise do modo de intervenção do Estado acelerada pelo processo de globalização da economia mundial que segundo Bresser-Pereira (2003) se expressa no fracasso em criar no Brasil um Estado de Bem-estar que se aproximasse dos moldes europeus;
- 3) Crise da forma burocrática pela qual o Estado é administrado, revelando baixa qualidade e ineficiência dos serviços sociais com crescentes custos.

De acordo com o Plano Diretor, a crise vivida pelo Estado se evidencia no momento em que este concentra e centraliza funções, além de se caracterizar pela rigidez dos procedimentos e pelo excesso de normas e regulamentos. A reforma do Estado representa, assim, uma resposta consistente para superar a crise, diferente das respostas anteriores. Uma que foi ignorá-la, após a transição democrática e que subestimou o desequilíbrio existente, a outra que foi a neoliberal, com a idéia de Estado mínimo, caracterizada como uma utopia (MARE, 1995).

Então, para resgatar a autonomia financeira e a capacidade do Estado de implementar políticas públicas se faz necessário: o ajuste fiscal; reformas econômicas voltadas para o mercado; reforma da previdência social; inovação dos instrumentos de política; a reforma do aparelho do Estado, a fim de aumentar sua “governança”. Esta última atribuição sendo de responsabilidade do MARE.

Nas palavras expressas no Plano Diretor, “reformular o Estado significa transferir para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado” (MARE, 1995, p 12), significa também a descentralização da execução de serviços que não envolvem o exercício de poder para o setor público não-estatal, o chamado processo de “publicização”⁴.

Assim, transfere-se ao setor privado a tarefa de produção, ou seja, o que vai gerar lucro e ao setor público não-estatal os serviços não interessantes ao mercado. Este processo retira o Estado do papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-o no papel de regulador e promotor.

O novo Estado, proposto no governo de FHC, é o Estado social-liberal. Social por preocupar-se com a proteção dos direitos sociais e promover o desenvolvimento. Liberal por

⁴ Estes serviços englobam a educação, a saúde, a cultura e a pesquisa científica, os quais continuariam sendo subsidiados pelo Estado, juntamente com as organizações e com parcerias da sociedade. (MARE, 1995).

procurar usar mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, isso porque os serviços sociais e científicos se realizam através das organizações públicas não-estatais competitivas e os mercados tornam-se mais flexíveis.

Bresser-Pereira (1997) coloca que reformar o Estado significa definir sua função de forma a deixar as atividades que não lhe são específicas para o setor privado e para o setor público não-estatal. A nova forma de administração pública proposta pela reforma se baseia nos princípios de administração gerencial e busca superar a forma burocrática pela qual o país vem sendo administrado.

De acordo com Batista (2002) a administração pública brasileira tem como marco espacial e temporal o Estado Nacional, a partir da independência de 1822, quando se tem a forma patrimonialista de administrar, a qual permanece até o final da década de 1920. Suas características principais são o apadrinhamento e o clientelismo, com práticas despóticas. Nesta forma de administração a esfera pública estatal e o espaço privado se confundem e o Estado desempenha o papel de “atender o senhor cidadão” (aqueles que têm escravos, terra e voto). Para o MARE (1995), no patrimonialismo o aparelho do Estado funciona como uma extensão do poder do soberano, tendo relacionadas a corrupção e o nepotismo.

Essa forma de administrar é substituída pela administração burocrática na passagem do poder oligárquico burguês para o poder burguês industrial. Esta surge na época do sistema liberal, fundamentada na lógica instrumental do poder racional-legal. Com o objetivo de obter o controle administrativo propõe a profissionalização, a idéia de carreira, a hierarquia funcional e o formalismo. Tem-se nesta administração o controle rígido dos processos, tanto na admissão de pessoal como nas compras e no atendimento (BATISTA, 2002).

Para o MARE (1995), esta forma de administração tem como consequência a perda da noção do Estado de sua missão básica que é servir a sociedade o que a faz tornar-se ineficiente, pois sua ação limita-se a manter a ordem e administrar a justiça, garantir os contratos e a propriedade.

Sendo assim, surge na segunda metade do século XX, a administração gerencial, como resposta à expansão das funções econômicas e sociais do Estado e ao desenvolvimento tecnológico e à globalização. A diferença fundamental entre esta e a anterior está na forma de controle, agora baseada nos resultados e não mais nos processos. A partir daí a reforma do Estado passa a ser orientada pelos valores da eficiência e qualidade na prestação dos serviços públicos,

promovendo nas organizações o desenvolvimento de um controle gerencial, o que abre espaço à participação dos agentes privados e das organizações da sociedade civil, com a administração “diretamente voltada para o interesse público”. Seu paradigma gerencial se fundamenta nos princípios da confiança e da descentralização com formas flexíveis de gestão, descentralização de funções, numa tentativa de “flexibilizar a administração” (MARE, 1995, p. 16).

Para a equipe do MARE,

Dada a crise do Estado e o irrealismo da proposta neoliberal do Estado mínimo, é necessário reconstruir o Estado, de forma que ele não apenas garanta a propriedade e os contratos, mas também exerça seu papel complementar ao mercado na coordenação da economia e na busca da redução das desigualdades sociais (MARE, 1995, p. 44).

Essa reforma proposta pelo MARE (1995), parte da existência de quatro setores dentro do Estado e apresenta os objetivos específicos, o tipo de administração e o tipo de propriedade adequado a cada um deles:

- Núcleo estratégico – setor onde são definidas as leis e as políticas públicas que abrange o Ministério Público (poderes legislativo e judiciário) e o Presidente da República (poder executivo). É dotado de capacidade gerencial com a finalidade de definir e supervisionar os contratos de gestão com as agências autônomas e com as organizações sociais. Sua forma de propriedade é estatal e a gestão composta por características burocráticas e gerenciais.

- Atividades Exclusivas – é responsável por serviços que só cabem ao Estado (regulamentar, fiscalizar, fomentar)⁵. Tem como objetivo transformar as autarquias e fundações de poder do Estado em agências autônomas, com contrato de gestão, baseado no controle dos resultados e na competição administrativa e fortalecer o controle social das mesmas. A melhor forma de gestão aqui é a gerencial e a propriedade continua sendo Estatal.

- Serviços não exclusivos - corresponde ao setor que presta serviços que não podem ser apropriados pelo mercado, por não poderem ser transformados em lucro. Neste setor o Estado

⁵ São exemplos: polícia, cobrança de impostos, fiscalização, previdência social básica, serviços de trânsito, a compra dos serviços de saúde, subsídio à educação básica, o seguro desemprego, entre outros (MARE, 1995).

atua concomitantemente com outras organizações públicas não estatais e privadas⁶. O objetivo deste setor é a “publicização”, ou seja, transferir para o setor público não-estatal estes serviços, as chamadas organizações sociais, que são entidades de direito privado sem fins lucrativos. Assim o Estado continua financiando, mas a organização deve contar com a participação da sociedade no seu financiamento. A forma de propriedade mais adequada para este setor é a “publicização”, também com forma de administração gerencial.

- Produção de bens e serviços para o mercado – este setor corresponde a área de atuação das empresas, caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda pertencem ao Estado. O objetivo deste setor é dar continuidade ao processo de privatização, ou então, implantar contrato de gestão nas empresas que não podem ser, por algum motivo, privatizadas. “Dada a possibilidade de coordenação via mercado, a propriedade privada é a regra” (MARE, 1995, p. 44). Está evidente que a melhor forma de propriedade para este setor é a privada, assim como a administração gerencial.

Para que tais objetivos sejam alcançados a equipe do MARE (1995) apresenta três dimensões estratégicas:

a) Institucional-legal: busca a reforma do sistema jurídico e das relações de propriedade de forma a remover os empecilhos da implantação deste novo modelo gerencial, isso através de emendas constitucionais. Entram aqui reformas de ordem econômica, tributária, além da reforma da previdência social.

b) Cultural: se caracteriza na transição de uma cultura burocrática para uma cultura gerencial, possível a partir da aprovação das alterações legais. Essa transição representa uma mudança de qualidade que pretende controlar *a posteriori* os resultados com parceria da sociedade. Para que isso seja possível é preciso implantar uma nova filosofia, da cultura gerencial.

c) Gestão pública: representa o aperfeiçoamento da administração burocrática vigente e introdução da administração gerencial. Trata-se de considerar os aspectos em que a administração burocrática está superada e as características que ainda possam ser válidas.

Sendo assim, de forma geral, a reforma pretende transferir para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado, através do processo de privatização. E de

⁶ A propriedade pública não-estatal representa, no capitalismo contemporâneo uma terceira forma de propriedade constituída pelas organizações sem fins lucrativos, não sendo de propriedade de nenhum indivíduo ou grupo. Assim, favorece a parceria entre Estado e sociedade e torna mais fácil o controle social (MARE, 1995).

forma descentralizadora transferir para o setor público não-estatal os serviços que não envolvem o poder de Estado, através do processo de “publicização”, o qual atinge diretamente as políticas sociais. Desta forma o Estado reduz a prestação direta de serviços, mantendo-se como regulador e provedor, aumentando a eficiência através da administração gerencial, caracterizada pela flexibilização e descentralização das decisões.

As reformas orientadas para o mercado causam um forte enxugamento do Estado como saída para a crise econômica e social, uma saída destrutiva, pois representam a perda gradativa dos direitos conquistados através de lutas e disputas de hegemonia, consolidados na Constituição Federal de 1988 - CF/88 à qual a reforma se contrapõe. O processo de conquistas que vem se formando é interrompido, logo após a aprovação do texto constitucional, com a eleição de Collor. A Constituição abre caminho pela recuperação do regime democrático, pós fase ditatorial, voltando-se para a busca dos direitos de cidadania (civis, políticos e sociais), mas a entrada do regime neoliberal, especialmente a partir do governo de FHC, anula as conquistas dos trabalhadores e da massa da população. Os estragos consequentes da reforma são significativos, tanto para o âmbito econômico, como político, social e cultural.⁷

De acordo com Behring (2003), nos anos 1990 entra em jogo no Brasil não uma reforma, mas sim uma “contra-reforma” que causa mudanças estruturais regressivas, representando um retrocesso nas conquistas democráticas. Para Batista (2002) a reforma deixa impactos negativos, alguns irreparáveis, orientados para a classe e frações de classes que detêm, em âmbito nacional e também internacional o controle das relações de produção e acumulação de valor, neste determinado momento histórico.

Como diz Behring (2003) a reforma não apresenta conteúdo progressista e submete-se ao uso pragmático como se modificação qualquer significasse uma reforma, sem levar em consideração seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica.

⁷ Este conteúdo foi extraído de anotações das aulas do primeiro semestre da disciplina de Política Social e Serviço social III.

2 O SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

Este capítulo tem sua atenção voltada ao segmento de saúde suplementar, sua gênese e seu desenvolvimento; aos princípios cooperativos que regem uma das modalidades deste setor e ao complexo UNIMED, representativo da modalidade cooperativista e; à cooperativa médica UNIMED Costa Oeste, localizada no município de Toledo, uma singular deste complexo; além de trazer uma aproximação com a questão de incentivos fiscais no Brasil e os tributos da saúde suplementar. Este estudo se apóia em referenciais bibliográficos extraídos da literatura sobre a saúde suplementar, planos e seguros de saúde, além de informações provenientes de fontes oficiais, e da legislação em vigor.

Como visto no capítulo anterior a Reforma do Estado, também entendida como “contra-reforma”, voltada-se ao capital, ou seja, aos interesses econômicos de mercado. Esta redefinição do papel do Estado que minimiza seu espaço de operacionalização representa, de um lado, restrição na alocação de recursos públicos para a área social e, de outro, paralelamente, incentivo ao setor privado de serviços⁸. Isto pode ser observado no campo da saúde que apresenta movimento crescente de expansão do mercado de serviços de saúde⁹, também entendido como segmento de saúde suplementar.

As relações sociais que levam à configuração atual do campo da saúde suplementar manifestam que determinadas ações governamentais patrocinaram e patrocinam este setor. Estudos mostram que historicamente existe uma articulação entre o padrão de financiamento público e o setor privado de serviços.

De acordo com trabalho elaborado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2007) podem ser identificados três tipos de sistema de saúde da Espanha, dos Estados Unidos e de outros países, sendo eles:

1) Sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos: sistemas de saúde de acesso universal, financiados pela totalidade da população através do pagamento de tributos e cuja provisão de serviços é pública.

⁸ Serviço está relacionado à prestação de serviços, representando uma atividade útil de satisfação das necessidades básicas do homem e das necessidades advindas da convivência em sociedade. Os serviços desenvolvem uma cultura própria em face das condições históricas concretas, articuladas à produção nas relações sociais, subordinadas a uma lógica política que os organiza e justifica (KARSH, 1989).

⁹ Segundo Glossário Temático Economia da Saúde: “Mercado de Serviços de Saúde, masc. Encontro de ofertantes e demandantes para a transação de bens e serviços relacionados com o setor saúde.” (BRASIL, 2006a).

2) Sistemas de seguro social obrigatório: sistemas de saúde organizados pelo Estado e financiados pela contribuição de empregadores e empregados, com provisão de serviços privada.

3) Sistemas de caráter privado: sistemas de saúde financiados por parte da população e pelos empregadores, sem obrigatoriedade de contribuição e cuja provisão de serviços é geralmente privada.

No mesmo sentido Bravo (2000) distingue três faces da política de saúde no Brasil, que são as seguintes:

1) Previdencialista-assistencialista: com preponderância de relações clientelistas-fisiologistas;

2) Privativista: direcionadas às pessoas que podem adquirir planos privados de saúde;

3) Universalista: legitimada na Constituição Federal de 1988, mas que não possui mecanismos suficientes para sua materialização.

As três faces apresentadas por Bravo (2000) apresentam grandes semelhanças com os tipos de sistemas identificados pelo CONASS (2007). São modelos de atenção a saúde que operam concomitantemente e que apresentam contradição. Se existe um modelo de assistência à saúde que é universal qual a necessidade de ter uma forma privatista de assistência no mesmo campo?

No Brasil, o setor de saúde suplementar - que é privatista, destinado às pessoas que tem condições financeiras de acesso - que tem seu marco histórico nos anos 1960 e sua significativa expansão na década de 1980, traz sua gênese enraizada na Previdência Social, pois o acesso restringe-se ao contribuinte. Esta, também tida como seguro social¹⁰ organiza-se primeiramente, nos anos de 1920, em torno das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs¹¹, originalmente direcionadas aos empregados ferroviários. Na década de 1930 são transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs, incentivados pela aceleração da urbanização e alargamento da massa trabalhadora em condições precárias de higiene, saúde e habitação (JUNIOR, 2005; BRAVO, 2000; CONASS, 2007,).

Essa mudança no modelo das caixas para institutos melhora a cobertura previdenciária, com ampliação do número de beneficiários, e vincula-se ao Estado como gestor

¹⁰ Para Junior (2005, p 01) o seguro social é resultado da ação intervencionista do Estado e representa uma técnica de proteção social, a qual contemplava, inicialmente, apenas os trabalhadores.

¹¹ As CAPs foram criadas pelo Decreto Legislativo nº 4.682, de 24 de Janeiro de 1923, conhecido como Lei Elói Chaves e previa amparo contra riscos, doenças, velhice, invalidez e morte dos empregados ferroviários. Este é o início da Previdência Social no Brasil e representa as conquistas sociais das lutas dos trabalhadores (JUNIOR, 2005).

deste novo sistema. A partir daí vários institutos são criados, de forma que passam a atingir trabalhadores de diversas categorias profissionais como empregados marítimos, bancários, industriários, servidores do Estado, comerciários e empregados em transportes e cargas (JUNIOR, 2005).

De acordo com texto do CONASS (2007), a década de 1950 trás novos contornos para a atenção à saúde. A instalação de empresas estatais e multinacionais no país impulsiona o surgimento de sistemas assistenciais próprios, isto é, que prestam assistência médica de forma direta a seus funcionários. Isso faz abrir caminhos para a formação das empresas médicas.

De acordo com Bravo (2000), nos anos 1950 já se apresenta montada a estrutura de hospitais privados de fins lucrativos. Mas a autora ressalta que,

[...] entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária, até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos Institutos (BRAVO, 2000, p. 107).

Esse quadro se altera na década de 1960¹². Neste período o Brasil conta com 17 benefícios obrigatórios, considerado o país que mais concede proteção previdenciária. Entre 1964 a 1974, a política de saúde se desenvolve numa articulação com a política econômica baseada no privilegiamento do setor privado: extensão da cobertura previdenciária; ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada; criação do complexo médico industrial; organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com diferenciação do atendimento em relação à clientela. Este período é um marco na história da saúde suplementar no Brasil (BRAVO, 2000).

Segundo a autora a partir desse período há modificação na relação do Estado com a sociedade civil, pois o bloco de poder não consegue consolidar sua hegemonia. A política de saúde enfrenta tensão permanente entre interesses de diferentes setores: empresarial, estatal e a emergência do movimento sanitário. As reformas implantadas neste período – Sistema Nacional

¹² No ano de 1960 é criada a Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS que unifica a legislação previdenciária entre todos os institutos previdenciários. Em 1966 o Decreto Lei nº. 72 de 21 de novembro cria o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS que unificou os institutos previdenciários, caracterizados por gestão estatal (JUNIOR, 2005).

de Saúde e o SINPAS¹³ – não conseguem responder as questões sociais principais, não realizando as mudanças necessárias no sistema previdenciário e de saúde. Caracteriza-se como inoperante no que diz respeito aos problemas econômicos, sociais e políticos.

Os valores capitalistas como a lucratividade e o controle da força de trabalho passaram a orientar a área de saúde. O período de 1974 a 1979 é de tensão nesta área, com poucos recursos e ampliação de serviços. A década de 1980, período do governo Figueiredo, caracteriza-se pelo aprofundamento da crise econômica, rearticulação partidária e entrada do trabalhador na cena política, contribuindo para a organização e mobilização da sociedade civil. A saúde neste período conta com a participação de novos atores, deixando de ser interesse apenas dos técnicos, assumindo uma dimensão política. Entra em cena, além de profissionais de saúde, o movimento sanitário, partidos políticos de oposição e também profissionais progressistas (BRAVO, 1996).

Para Derengowski (2004) na produtiva década de 1980 para a saúde durante a qual grandes avanços relativos as políticas setoriais públicas são conseguidas graças a intervenção organizada da sociedade¹⁴, observa-se também um crescimento do setor de saúde suplementar. Os incentivos advindos da Previdência Social estimulam as políticas públicas de privatização na década de 1970, permitindo a expansão das cooperativas médicas e empresas de medicina de grupo, mediante o convênio-empresa¹⁵. A autora acrescenta que nos anos de 1980 as empresas de planos de saúde iniciam a comercialização de planos individuais, o que causa expressiva mudança no setor de saúde suplementar, que passa a operar de forma especializada e qualificada de acordo com o perfil do grupo de seus clientes, deixando de ser intermediados pela Previdência Social, momento em que começa a oferta de serviços de saúde através de contratos individuais. A

¹³ O Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS foi criado em 1977 pela Lei 6349. Ele abrangia o Instituto de administração financeira - IAPAS, o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INANPS. Representou um movimento burocrático administrativo a mais, evidenciando a crise no setor de saúde e a tentativa do governo de reordenar o sistema. Essa reforma não alterou a estrutura de financiamento do sistema previdenciário (BRAGA, 1986).

¹⁴ Como visto em sala de aula, neste quarto ano de graduação, destacam-se, na década de 1980, dois movimentos considerados marcos da história da Reforma Sanitária: a 8ª Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1986, arena democrática onde discutiu-se e chegou-se ao consenso sobre as bases gerais do sistema que se buscava construir, e a Constituição Federal de 1988, que consagrou os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e da reforma pretendida.

¹⁵ “Estes convênios eram financiados pela Previdência Social através do pagamento, *per capita*, dos trabalhadores e de seus dependentes, à empresas que optassem pelo atendimento de seus trabalhadores por medicinas de grupo e empresas médicas.” (DERENGOWSKI, 2004, p.63).

autora acrescenta ainda que a emergência do setor suplementar se destaca a partir da primeira metade da década de 1980 em função da trajetória crescente de sua magnitude.

Nas décadas de 1980 e 1990, mesmo com a aprovação do novo texto constitucional, que coloca a assistência à saúde como direito de todos e dever do Estado¹⁶, o mercado de serviços de saúde mostra-se crescente, incentivado pela não consolidação dos princípios constitucionais. Neste período o mercado de saúde suplementar passa a significar uma alternativa às necessidades dos cidadãos brasileiros.

O autor Ocké-Reis (2005) acrescenta que dada a deterioração dos serviços previdenciários, em meados da década de 1980, há crescimento da demanda de serviços médicos diferenciados, principalmente advindos dos operários qualificados, assalariados, executivos e profissionais liberais. Em relação a oferta, devido a presença sistemática de incentivos governamentais, percebe-se favorecimento do Estado ao sistema privado de saúde, voltado para cobertura das pessoas inseridas no mercado formal de trabalho. Segundo ele, a partir da década de 1990, apesar da criação do SUS¹⁷, a convergência desses fatores permite a consolidação do setor de saúde suplementar. Sendo assim, os serviços privados de saúde representam a opção pelo usuário de pagar pelo acesso à assistência médica, a despeito de seu direito de acesso gratuito ao SUS.

De acordo com Deborah C. Malta (2005), em texto publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS¹⁸ o setor de saúde suplementar no Brasil compõe-se pelas empresas que operam os planos e seguros de saúde, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários dos serviços que são vinculados às empresas que operam os planos. Os planos e seguros saúde integram um sistema de proteção social híbrido no qual as políticas de caráter universalista convivem com alternativas assistenciais particulares organizadas a partir das empresas empregadoras. As modalidades de organização das operadoras são diferenciadas, classificadas em Autogestão, Medicinas ou Odontologias de Grupo, Seguradoras Especializadas

¹⁶ De acordo com a CF/88 em seu “Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2002).

¹⁷ O Sistema Único de Saúde - SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

¹⁸ A ANS foi criada pela Lei 9.961/2000, é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, que atua como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam à assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2000).

em Saúde, Cooperativas Médicas ou Odontológicas e Filantropias. De acordo com a autora as distintas modalidades apresentam as seguintes características:

Autogestões: na maioria delas os objetivos se fundamentam na atenção à saúde de uma clientela específica e a missão se pauta por uma linha que busca a promoção e o cuidado. Destinam-se à clientela mais fechada e se caracterizam por não objetivarem essencialmente o lucro. Nesta modalidade as empresas administram programas de assistência médica para seus funcionários ou então contratam terceiros para administrá-los.

Medicinas de Grupo: se constituem em numerosos grupos autônomos e desde a sua criação se pautam pela comercialização de serviços de saúde para empresas, indivíduos ou famílias e trabalham com vários tipos de planos. Esta modalidade tem buscado alternativas para baratear os custos, que consistem na diferenciação dos produtos ofertados, segundo o poder de compra dos beneficiários. Para isso, dispõem de várias opções que podem apresentar acesso restrito ou de acesso a determinados estabelecimentos de saúde credenciados, ou ainda com a possibilidade de conceder o atendimento em serviços próprios ou permitir a livre escolha do usuário por meio de reembolso de despesas.

Seguradoras: Esta modalidade atua na comercialização de serviços de saúde e entendem a saúde como um negócio que deve ser administrado. Tem como missão garantir não o gerenciamento do cuidado à saúde dos beneficiários, mas o acesso de seus usuários à rede de saúde. Nesta modalidade há intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobra ou reembolsa o prestador ou o segurado, pelos gastos relacionados à assistência médica, tudo de acordo com o estabelecido em contrato prévio.

Cooperativas: buscam defender os interesses comuns de seus sócios, seus principais traços é a participação dos cooperados nos processos decisórios - cada trabalhador, um voto. Essa modalidade tem como objetivo conformar uma organização capaz de otimizar as possibilidades de ocupação do mercado de trabalho e fugir da submissão salarial a empresas médicas, adotando o discurso do exercício liberal, ético e socialmente comprometido da profissão. Assim, os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços e recebem pagamento de forma proporcional à produção individual e o “lucro” final é rateado. As UNIMEDs são a forma mais representativas da modalidade de cooperativa médica.

Ainda de acordo com Malta (2005) a saúde suplementar é um mercado que envolve mais do que 38 milhões de usuários, ou seja, 24,5% da população brasileira.

Como a pesquisa deste trabalho tem sua atenção voltada à cooperativa UNIMED Costa Oeste, é necessário um conhecimento mais aprofundado desta modalidade fundada em moldes cooperativos. É isso que se expõe a seguir.

2.1 OS PRINCÍPIOS COOPERATIVOS

De acordo com Oliveira (1979) o cooperativismo como ajuda mútua é antigo, encontrado entre os faraós no Império Babilônico e na Grécia. Mas as formas cooperativas semelhantes ao que se conhece na contemporaneidade tem suas raízes no período de mercantilização da indústria que ao mesmo tempo que gerava a formação das classes assalariadas, gerava também o desemprego em massa e, conseqüentemente, a miséria coletiva e o desajustamento social. Assim, o cooperativismo representaria uma fórmula para corrigir os desníveis sociais da nova estrutura que a Revolução Industrial criara.

O cooperativismo surge, então, como uma das expressões das contradições sociais da Revolução Industrial, caracterizada pelo ascenso da burguesia à hegemonia política e econômica e pelo crescente assalariamento de uma grande massa de trabalhadores, submetidos ao processo de extorsão da mais-valia pelos novos detentores dos meios de produção. O movimento surge da oposição entre o capital e o trabalho (SILVA, 1992).

Quando o cooperativismo chega ao Brasil, já tem mais de meio século de aplicação prática em outras regiões. Surge aqui no país através do padre suíço jesuíta Theodor Amstadt que lança a idéia de organização de uma Caixa de Crédito Rural em moldes alemães. A idéia cresce e se frutifica consideravelmente no Rio Grande do Sul e em São Paulo, “Estados que recebem o fluxo de fortes correntes de imigrantes europeus, que conhecem de suas terras de origem as vantagens do sistema cooperativista.” (OLIVEIRA, 1979).

De acordo com Martins (2003) o termo cooperativa vem do latim *cooperativus*, de *cooperari*, o significa obra em comum. Para o autor esta é uma forma de valorização social do trabalho e de flexibilizar as condições de trabalho. Assim, de acordo com o artigo 3º da Lei 5.764 de 16 de dezembro de 1971, que rege o cooperativismo no Brasil, a cooperativa representa uma sociedade de pessoas, com forma jurídica própria e natureza civil, constituída para prestar serviços aos associados, não sujeita a falência. Os sócios assumem a obrigação de contribuir com

bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro (BRASIL, 1971).

Pinho (1986) interpreta essa associação de pessoas da seguinte forma:

[...] na cooperativa um grupo de pessoas decide constituir uma empresa e dirigi-la democraticamente para atingir um fim comum. [...] Assim todos contribuem de modo equitativo à formação do capital social, para utilizá-lo na prestação recíproca de serviços e não com o intuito de multiplicar esse capital social. Todos aceitam, também, participar dos riscos e das perdas (PINHO, 1986, p. 11).

Para o autor a cooperativa é ao mesmo tempo uma empresa econômica e uma associação de pessoas.

As principais características e peculiaridades da cooperativa são: adesão livre e voluntária aberta a todas as pessoas aptas a usar seus serviços e dispostas a aceitar responsabilidades de sócio; variabilidade do capital social, representado por cotas-parte limitadas para cada associado, inalienáveis a terceiros, estranhos à sociedade; singularidade de voto; retorno das sobras líquidas do exercício proporcional às operações realizadas pelo associado; indivisibilidade dos fundos de Reserva e de assistência Técnica, Educacional e Social; neutralidade política, e discriminação religiosa, racial, social ou de gênero (BRASIL, 1971).

Segundo a referida Lei em seus artigos 5º e 10º a cooperativa pode ter por objetivo qualquer tipo de serviço ou atividade, de acordo com as atividades econômicas dos associados. Classificam-se, então, de acordo com o objeto ou pela natureza das atividades desenvolvidas.

De acordo com a Cooperforte (2007) a classificação das cooperativas brasileiras por ramo de atividade está dividida em onze segmentos. São eles:

- Cooperativas agropecuárias: para produzir, comercializar e beneficiar produtos agropecuários;
- Cooperativas educacionais: para fornecer ensino com qualidade ou ensinar o cooperativismo;
- Cooperativas de trabalho: para promover a força de trabalho de seus associados. É neste segmento que a UNIMED Costa Oeste e demais singulares atuam;

- Cooperativas de produção: para produzir, em ação cooperativa, bens e produtos para comercialização;
- Cooperativas de saúde: para prestar serviços na área de saúde;
- Cooperativas de consumo, para adquirir e distribuir bens de consumo;
- Cooperativas habitacionais: para comprar ou construir a casa própria a preço justo;
- Cooperativas de serviço: para prestação de serviços específicos;
- Cooperativas de mineração: para exploração de minério e pedras preciosas;
- Cooperativas especiais: formadas por menores de idade e grupos que necessitem de tutela, entre eles portadores de deficiência;
- Cooperativas de crédito: para conceder crédito e prestar serviços de cunho bancário.

Ao buscar entender mais detalhadamente as cooperativas de trabalho encontra-se que essa forma de cooperativa é conhecida há muitos anos. É uma organização que tem como objetivo o desenvolvimento de atividades econômicas direcionadas aos cooperados, sendo que cada associado contribui com as ferramentas ou instrumentos de trabalho pessoais e a cooperativa fica encarregada de disponibilizar a infra-estrutura. O ingresso como associado da cooperativa é livre, desde que desenvolva atividade correlata ao respectivo segmento cooperativista (PEREIRA, 2001).

O surgimento da maioria das cooperativas de trabalho está relacionado à necessidade de grupo de trabalhadores identificados pelo mesmo ramo de atividade e com interesses econômicos em comum. Caracterizam-se, portanto, como associação de pessoas físicas que se reúnem para o exercício profissional, baseado nas categorias de trabalho e/ou trabalhadores. Nesta forma de organização o resultado da sua atividade laborativa retorna o cooperado, com dedução exclusivamente dos custos administrativos, da Reserva e do Fundo Social (CONTREIRAS, 1998).

Os trabalhadores se associam não para obter bens, como as cooperativas de consumo, por exemplo, mas para criar condições favoráveis de produzir trabalho. Sendo assim, o resultado econômico obtido representa o produto do trabalho e não do capital. Na cooperativa de trabalho não existe a figura do patrão e do intermediário, o trabalhador médico desenvolve suas atividades profissionais livremente. É uma forma de eliminação da exploração do trabalho e de impedir a intermediação. É uma forma de trabalho independente, estranho à influências governamentais e como já colocado, que descarta a imagem do patrão, por conseguinte a exploração e dominação,

regido pelo regime de autogestão democrática (MAY, 1998). Essa condição de trabalho livre proporcionada pela cooperativa se restringe aos sócios cooperados, uma vez que, o mesmo não acontece com os trabalhadores contratados, pela cooperativa, em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, que não usufruem de tal liberdade e que convivem com a figura do patrão constantemente exigindo resultados.

Uma das mais expressivas organizações de cooperativa de trabalho é representada pela UNIMED, mas esta organização não se restringe unicamente à prestação de serviços de planos de saúde. O sistema UNIMED como é conhecida esta modalidade cooperativa da saúde suplementar integra o Complexo UNIMED, ou melhor, ela faz parte do Complexo Multicooperativo e Empresarial UNIMED.

2.2 O COMPLEXO UNIMED

Siqueira (1987, p. 35) coloca que “o cooperativismo médico no Brasil surge, inicialmente, apadrinhado pela Associação Médica Brasileira, como forma alternativa à medicina empresarial que ganhava terreno.” Para a autora, a cooperativa médica apresenta como contradição a obrigação a agir de forma empresarial no relacionamento com os clientes e aos funcionários, mas não devem fazê-lo quando se tratar do relacionamento com os profissionais cooperados. De acordo com os princípios cooperativos estas operadoras são impedidas de fazer investimentos financeiros, assim, na lógica capitalista, em termos de mercado, não seriam criadoras de emprego para os cooperados e nem contribuiriam para o crescimento da infraestrutura dos serviços de saúde. Isto porque, de acordo com a Lei 5764/71,

Art. 90 – Qualquer que seja o tipo de cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados (BRASIL, 1971).

No entanto, de acordo com o artigo 91 da mesma lei, em relação aos funcionários as cooperativas se igualam às demais empresas em relação a legislação trabalhista previdenciária.

Irion (1998) coloca que o Complexo UNIMED é resultado da experiência acumulada de vinte e sete anos de existência do cooperativismo “Unimediano”.

O Complexo Multicooperativo e Empresarial UNIMED representa a reunião de variados tipos de cooperativas (UNIMED, Unicred e Usined) e organizações de outra natureza, instituições não cooperativistas, representadas por empresas de capital com o objetivo de lucro (UNIMED Participações, UNIMED Seguros, UNIMED Administração e Serviços e UNIMED Corretora de Seguros), ao lado de organização sem fins lucrativos (Fundação Centro de Estudos UNIMED). Cabe destacar que este Complexo é uma instituição virtual, que não apresenta direção formal, sede, patrimônio, capital e demais características reais.

Os variados tipos de cooperativas formam o Sistema Cooperativo, constituído então pelo Sistema UNIMED – cooperativa de trabalho; pelo sistema Unicred - cooperativas de crédito e; pelas Usineds, cooperativas de consumo de serviços médicos.

É pertinente neste momento conhecer de maneira detalhada o Sistema UNIMED, que são as cooperativas de trabalho médico.

2.2.1 O Sistema UNIMED

Nas cooperativas de trabalho médico UNIMEDs os associados são exclusivamente médicos. Como visto anteriormente esse segmento cooperativo surge para criar oportunidades de trabalho a seus associados, e aqui particularmente, para combater a mercantilização da medicina e para proporcionar assistência médica de alto padrão à população, baseado no critério de livre escolha do médico pelo usuário dos serviços (UNIMED, 2007).

A primeira cooperativa de trabalho surge em Santos, Estado de São Paulo, fundada em 1967, a partir da iniciativa de um grupo de profissionais do setor, sob a liderança e o pioneirismo do médico Edmundo Castilho. Sua criação,

[...] era uma reação da categoria à mercantilização da medicina e à proletarização do médico, que ficava impedido de exercer com liberdade e dignidade sua profissão liberal e que, na época, já estava sujeito à ação centralizadora e dominante do Estado, ou à de grupos mercantilistas cartelizados (UNIMED, 2007).

O cooperativismo médico UNIMED se firma com a criação e o funcionamento de outras unidades UNIMED, implantadas por todo o país, em estados como o Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Brasília, entre outros. Na década de 1970, surgem as Federações UNIMED, visando padronizar procedimentos operacionais e estimular a troca de experiências entre as cooperativas de um mesmo estado. Em 28 de novembro de 1975 é criada a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - UNIMED do Brasil, entidade máxima do Sistema UNIMED, que congrega Federações e Singulares de todo o país, atendendo dessa forma aos princípios cooperativos da Lei 5.764/71 que coloca,

Art. 6º As sociedades cooperativas são consideradas:

I - singulares, as constituídas pelo 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;

II - cooperativas centrais ou federações de cooperativas, as constituídas de, no mínimo, 3 (três) singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais;

III - confederações de cooperativas, as constituídas, pelo menos, de 3 (três) federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de diferentes modalidades (BRASIL, 1971).

Atualmente as cooperativas de trabalho médico UNIMED abrangem 377 cooperativas singulares com abrangência em 74,9% do território nacional (veja figura 1), nas quais 105 mil médicos cooperados desenvolvem suas atividades, de forma atingir 30% de participação no mercado nacional de planos de saúde do Brasil, o que corresponde a aproximadamente 15 milhões de clientes (UNIMED, 2007).

FIGURA 1. ÁREA DE ATUAÇÃO DA UNIMED NO BRASIL.



FONTE: Departamento de Estatística UNIMED Costa Oeste (Setembro de 2007)

2.2.1.1 A Singular UNIMED Costa Oeste

É sobre a singular UNIMED Costa Oeste que esta pesquisa se desenvolve. Por ser uma singular ela se caracteriza pela prestação direta de serviços aos associados¹⁹.

A UNIMED Costa Oeste tem sua origem em 14 de novembro de 1984 quando médicos do município reúnem-se em assembléia, com o objetivo de congregar os serviços médicos por meio de uma sociedade cooperativa, inicialmente conhecida como UNIMED de Toledo Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., que mais tarde passa a se chamar UNIMED Costa Oeste Cooperativa de Trabalho Médico. Os médicos iniciam suas atividades atuando junto a seus consultórios e aos três hospitais credenciados. Há também três laboratórios e duas clínicas conveniadas. A UNIMED inicia prestando assistência médica aos 64 funcionários de uma empresa, a Auto Mecânica Toledo Ltda, neste período os planos de saúde oferecidos são poucos e locais, aberto apenas para empresas. Em início dos anos de 1990 a UNIMED Costa Oeste já conta com aproximadamente 8.000 usuários. Gradativamente se instituem novos planos – são disponibilizados hoje planos ambulatoriais; empresariais e individuais ou familiares; com e sem

¹⁹ “Art. 7º - As cooperativas singulares se caracterizam pela prestação direta de serviços aos associados” (BRASIL, 1971).

obstetrícia; enfermagem com dois leitos ou apartamento; planos locais (área de abrangência da UNIMED Costa Oeste) e nacionais e; com co-participação - o número de médicos associados cresce, a cooperativa se moderniza devido a crescente demanda (DALL' POZZO, 1999). Veja quadro 1.

QUADRO 1. DADOS UNIMED COSTA OESTE

Médicos Cooperados	205
Contratos Empresas	73
Hospitais Credenciados	18
Clínicas e Serv. Auxiliares Cred.	58
Laboratórios Credenciados	31
Nº. Beneficiários	33.136
Colaboradores	53
Municípios abrangência	17

FONTE: Departamento de Estatística UNIMED Costa Oeste (Setembro de 2007).

A singular UNIMED Costa Oeste, assim como as demais singulares que compõem o Sistema UNIMED e como as diferentes modalidades da saúde suplementar apresentam expansão nos anos de 1980-1990, justamente no período da entrada do receituário neoliberal que minimiza as responsabilidades do Estado. Dessas distintas modalidades as cooperativas se beneficiam pois a legislação prevê alguns incentivos à essa forma de associação.

2.3 APROXIMAÇÃO COM A QUESTÃO DE INCENTIVOS FISCAIS NO BRASIL

Sabe-se que a questão de incentivos fiscais²⁰ não é nova no país. Segundo Contador (1976, p. 4) “a política fiscal, via investimentos públicos no Brasil, remonta aos primeiros momentos da colonização e passa a ser crítica com a industrialização e o processo de substituição de importações” e tem se generalizado nos países em desenvolvimento e nas regiões menos desenvolvidas economicamente. O autor acrescenta ainda que,

[...] os abatimentos e incentivos fiscais formam os instrumentos mais convencionais e de maior flexibilidade da política fiscal empregados para controlar e incentivar discriminadamente empresas, ramos de atividade, regiões e formas jurídicas (indivíduos, segundo a sua classe de renda). Os impostos e incentivos fiscais formam os canais pelos quais recursos e renda real são transferidos entre o setor privado e o setor público.” (CONTADOR, 1976, p. 5).

Assim, teriam como objetivo atender a duas questões, uma relacionada à economia e direcionada a promover sua eficiência, através de alocação de recursos; outra voltada a promover maior equidade na distribuição de renda entre indivíduos, regiões, etc.

Para o autor, os estímulos fiscais não são exclusivos do Brasil, aqui o que chama atenção é a amplitude e variedade de esquemas oferecidos. Assim, os incentivos fiscais configuram uma forma de complementar a legislação sobre impostos federais de atuação da política fiscal brasileira. Esta seria, então, uma forma de amortecer os efeitos perversos do imposto de renda e outras distorções de mercado, o que permitiria maior flexibilidade para a política econômica.

Faz-se necessário observar um detalhe importante, neste universo complexo que é o campo da tributação brasileira e prestar atenção em vários termos que podem ser confundidos. O autor destaca que o desenho de incentivos fiscais assume diferentes formas como: a) crédito subsidiado; b) redução ou isenção de impostos; c) depreciação acelerada (CONTADOR, 1976).

No mesmo sentido Filho (1986) diferencia isenção, imunidade e não incidência, acrescentando que tanto um quanto o outro são fatores de exclusão do tributo²¹, mas

²⁰ “Incentivos Fiscais (ou Benefícios Fiscais) - Redução ou eliminação, direta ou indireta, do respectivo ônus tributário, oriundo de lei ou norma específica.” Este conceito pode ser encontrado no Glossário de Termos Tributários ou Fiscais, disponível em <<http://www.portaltributario.com.br/>>. Acesso em: 12 Set. 2007.

²¹ “No Brasil os tributos são compostos pelos impostos, taxas e contribuições de melhoria. São equiparados a eles as contribuições sociais ou parafiscais e os empréstimos compulsórios.” (PELLIZZARI, 1990, p. 18).

“[...] com a discordância de que, enquanto na isenção a respectiva entidade fiscal tem o poder (competência) de dispensar, a seu critério o tributo a si devido, o mesmo não acontece com a imunidade, a qual, advém do mandamento constitucional, estando, a não incidência, por sua vez, além da norma da entidade tributante [...]” (FILHO, 1986, p. 100).

Quadros (2000) aborda esta questão como renúncia²² de arrecadação ou despesa tributária e diz que o significativo estímulo fiscal brasileiro beneficia direta ou indiretamente o segmento privado de planos e seguros de saúde no país.

Ainda de acordo com o autor, a autorização legal e as razões para a concessão de vantagens fiscais pelo Poder Público estariam agregados à duas instâncias, que só vem acrescentar ao que foi colocado por Contador (1976), logo acima, que é a de responder as desigualdades regionais e a preocupação com o desenvolvimento de setores específicos. Para Quadros (2000), as desonerações fiscais obedecem a uma lógica orçamentária onde os objetivos são de natureza econômica, social ou político-administrativas.

A concessão de incentivos e/ou benefícios tributários pelo poder público poder ser encontrada na CF/88, Título VI, “Da tributação e do orçamento”. O artigo 151 coloca que cabe à União,

I – Instituir tributo que não seja uniforme em todo território nacional ou que implique distinção ou preferência em relação a Estado, ao Distrito Federal ou a Município, em detrimento de outro, admitida a concessão de incentivos fiscais destinados a promover o equilíbrio do desenvolvimento sócio-econômico entre as diferentes regiões do País (BRASIL, 2002).

Assim, buscando responder ao problema de pesquisa, antes de realizar as entrevistas busca-se conhecer esse campo de incentivos fiscais na área da saúde suplementar, especificamente relacionado as cooperativas médicas.

2.4 TRIBUTOS DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

²² Para Quadros (2000) renúncia fiscal significa o abandono do padrão normal de tributação para fins de incentivo, mas questiona sobre qual seria esse padrão normal.

Como já destacado, ações do Estado incentivam o avanço do mercado de serviços de saúde. Isso ocorre entre as diversas modalidades de assistência suplementar á saúde. Quadros (2000) destaca que os serviços privados de saúde são tributados através do ISS, da COFINS, PIS/PASEP, IRPJ, CSLL, IRRF, contribuição de empregados e empregadores ao INSS, IOF e Taxa de Saúde Suplementar. A definição de cada um desses tributos segue baseado no Glossário de termos tributários ou fiscais (TRIBUTÁRIO, 2007):

PIS/PASEP SOBRE A FOLHA DE PAGAMENTO – (Programa de Integração Social e Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público) É um tributo federal de 1,0% sobre a folha de pagamento devido pelas entidades sem fins lucrativos.

COFINS – Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social. É um tributo cobrado pela União sobre o faturamento bruto das pessoas jurídicas, destinado a atender programas sociais do Governo Federal. Sua alíquota, que era de 2%, foi aumentada para 3% em fevereiro de 1999.

CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. É outro tributo federal sobre o Lucro Líquido das empresas ou sobre o Faturamento/Receita Bruta (caso das empresas tributadas sobre o Lucro Presumido) das pessoas jurídicas.

De acordo com a Lei 10.865 de 30 de abril de 2004, artigos 39 e 48 a partir de 01.01.2005, as sociedades cooperativas que obedecerem ao disposto na legislação específica, relativamente aos atos cooperativos, ficam isentas da CSLL. destaca-se que esta isenção não alcança as sociedades cooperativas de consumo.

IRPJ – Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas. É um tributo federal. Pagam-no as pessoas jurídicas não imunes/isentas sobre seu Lucro Real (alíquota única de 15% e adicional de 10% acima da base de cálculo de R\$ 20.000/mensal), após as adições e exclusões efetuadas sobre os lançamentos constantes do Lalur (Livro de Apuração do Lucro Real), ou sobre o Faturamento/Receita Bruta, caso a empresa haja optado pelo pagamento do IR por Lucro Presumido, cujo percentual de presunção oscila entre 1,6% a 32%, conforme o tipo de atividade da empresa.

ISS - Imposto Sobre Serviços é um tributo municipal. Incide sobre a prestação, por pessoas físicas e jurídicas, de serviços listados sujeitos ao imposto. A alíquota varia conforme a legislação de cada Município, indo de 2 a 5%.²³

²³ Para saber quais serviços estão sujeitos a ISS ver Lei Complementar nº 116, de 31 de Julho de 2003.

IOF – Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou Relativas a Títulos ou Valores Mobiliários, também chamado de Imposto sobre Operações Financeiras. É um tributo que integra a receita da União e é cobrado sobre operações financeiras e seguros. Seu percentual varia de acordo com o tipo de operação, conforme a política monetária adotada pelo Poder Executivo através do Banco Central.

TAXA DE SAÚDE SUPLEMENTAR – esta taxa é devida por pessoas jurídicas, condomínios ou consórcios constituídos sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que operem produto, serviço ou contrato com a finalidade de garantir a assistência à saúde visando a assistência médica, hospitalar ou odontológica. Seu destino legal é a ANS e tem como amparo legal a Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

IRRF/PJ – Imposto de Renda Retido na Fonte/Pessoa Jurídica. É o imposto retido sobre os pagamentos efetuados por uma pessoa jurídica a outra pessoa jurídica, variando de 1,0% a 1,5%, dependendo da atividade da empresa prestadora de serviço. O valor retido será compensado quando da apuração do Imposto de Renda devido.

CONTRIBUIÇÃO AO INSS – É também um tributo federal. As Contribuições tem alíquotas diferenciadas. É uma forma de estar inscrito como segurado junto à Previdência Social.

O cooperativismo médico encontra respaldo a respeito de incentivos estatais no artigo 2º, parágrafo único da Lei 5764/71, onde se lê,

Art. 2º As atribuições do Governo Federal na coordenação e no estímulo às atividades de cooperativismo no território nacional serão exercidas na forma desta Lei e das normas que surgirem em sua decorrência.

Parágrafo único. A ação do Poder Público se exercerá, principalmente, mediante prestação de assistência técnica e de incentivos financeiros e creditórios especiais, necessários à criação, desenvolvimento e integração das entidades cooperativas. (BRASIL, 1971).

Cabe destacar também, o artigo 146 da CF/88 que diz:

Art. 146 – Cabe à lei complementar [...]:

III – estabelecer normas gerais em matéria de legislação tributária, especialmente sobre [...]:

a) adequado tratamento tributário ao ato cooperativo praticado pelas sociedades cooperativas (BRASIL, 1971).

No entanto, não se encontra ainda redigida nova lei complementar. A lei que continua vigorando sobre as sociedades cooperativas é a antiga lei do ano de 1971 de nº. 5764.

Complementando os incentivos estatais acrescenta-se mais um artigo da CF/88,

Art. 174 – Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento [...]

§ 2º – A lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo.”

Não é estranho que as cooperativas tenham crescido consideravelmente em diferentes atividades, pois, elas dispõem de vários mecanismos e incentivos governamentais, isto porque conforme a legislação a cooperativa teria uma natureza social, não econômica.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho de conclusão de curso se fundamentou em pesquisa exploratória, pois, segundo Gil (1999) oferece visão geral, mas aproximada sobre determinado fato.

Sendo assim, a técnica responsável por mover esta busca de novos conhecimentos foi a pesquisa de campo, “[...] utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese que se queria comprovar [...]” de forma a observar os fatos e fenômenos da maneira como ocorrem. (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 85). Isto porque as informações foram obtidas na própria instituição UNIMED Costa Oeste, através de entrevista, pois este instrumento de trabalho consistiu em contado frente a frente de conversação, desenvolvido metodicamente, o qual proporcionou verbalmente a informação necessária. Tratou-se de entrevista focalizada, onde o pesquisador desenvolveu a entrevista a partir de um roteiro de tópicos relacionados ao problema, de forma não estruturada, permitindo fazer as perguntas necessárias, podendo explorar amplamente a questão. (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 94-96).

O universo desta pesquisa compreendeu o quadro de funcionários da cooperativa médica UNIMED Costa Oeste, localizada no Município de Toledo, Estado do Paraná, constituído por 53 sujeitos, entre funcionários efetivos e estagiários e diretoria. A amostra escolhida foi não probabilística intencional, “pois nesta o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela.” Neste caso esta pesquisadora não se dirigiu a massa e a escolha foi feita pela função ou cargo ocupado, entre outras características. A pesquisa que utiliza este tipo de amostragem “[...] tem sua validade dentro de um contexto específico.” (MARCONI; LAKATOS, 1999, p. 54). Assim, optou-se por entrevistar cinco pessoas da instituição, devido à aproximação de suas atividades com o tema de pesquisa. Para isso utilizou-se como instrumental o gravador, pois ele permite que nenhuma informação seja perdida, observando que sua utilização só aconteceu com prévia autorização dos entrevistados.

Destaca-se que, dos sujeitos escolhidos para comporem a amostra desta pesquisa, dois pertencem ao mesmo setor, os outros três são de setores diferenciados da instituição, sendo um deles cooperado médico.

Sabe-se que a questão de incentivos fiscais por parte do Estado não é recente e nem insignificante e que o setor de saúde suplementar cresce de forma contínua, caminhando no sentido de criação de monopólios. Esse crescimento é incentivado também devido ao afastamento cada vez maior do Estado dos serviços públicos, com a conseqüente precarização do atendimento, principalmente na área da saúde. A frequência no Estágio Curricular Supervisionado I e II na instituição UNIMED Costa Oeste, despertou a atenção para esta problemática e trouxe o seguinte questionamento: quais os incentivos oferecidos pelo Estado à cooperativa UNIMED Costa Oeste do município de Toledo, para que ela preste assistência no campo de saúde?

Para responder a esta questão traçou-se como objetivo conhecer os incentivos oferecidos pelo Estado à cooperativa UNIMED Costa Oeste. Para isso buscou-se entender a finalidade de uma cooperativa médica; compreender o que é incentivo fiscal identificando sua relação com os projetos sociais desenvolvidos e; apreender a natureza não lucrativa de uma cooperativa como esta.

Neste sentido, a hipótese colocada é que o Estado incentiva a cooperativa UNIMED Costa Oeste com isenção fiscal tributária, no entanto, esses incentivos advêm do princípio cooperativo pela qual esta instituição é constituída e não devido a sua atuação ser desenvolvida na área da saúde.

As entrevistas foram realizadas no período de 10 de setembro a 03 de outubro de 2007, nas dependências da UNIMED Costa Oeste em horário de Estágio Curricular Supervisionado desta pesquisadora.

A pesquisa se desenvolveu de forma tranqüila, sem problemas e dificuldades. Uma coisa que surpreendeu foi o fato de que todos os sujeitos escolhidos para entrevista solicitaram o acesso ao roteiro de entrevista para então responderem se aceitariam ou não ser entrevistados. Por isso, uma pessoa não se dispôs aos questionamentos justificando que não saberia responder por que não é a área dela, esclarecendo que trabalha no setor de recursos humanos. Os demais sujeitos das entrevistas foram prestativos, sendo que a maioria esteve disposto à outros questionamentos e esclarecimentos. Os entrevistados foram identificados como P1, P2, P3, P4 e P5, destaca-se que P2 é a pessoa que não se dispôs a dar entrevista e que P5 é médico cooperado. As falas foram mantidas sem correções, de acordo com o vocabulário dos entrevistados, apenas as colocações repetidas foram extraídas.

3.1 ANÁLISE DOS DADOS

Depois de transcritas as entrevistas os dados foram agrupados por categorias, os quais formaram três eixos de análise:

→ O primeiro eixo relaciona-se à finalidade da cooperativa UNIMED Costa Oeste prestadora de serviços de saúde. Esta categoria se divide em duas direções, segundo a exposição dos entrevistados, uma que relaciona a finalidade da cooperativa à prestação de serviços aos cooperados, outra que diz que a finalidade da UNIMED Costa Oeste é a prestação de assistência a saúde aos usuários;

→ O segundo eixo de análise questiona a isenção fiscal da carga tributária da UNIMED Costa Oeste e sua relação com os projetos sociais desenvolvidos;

→ O terceiro eixo coloca em questionamento a natureza não lucrativa da Cooperativa UNIMED Costa Oeste.

3.1.1 Finalidade da UNIMED Costa Oeste como cooperativa prestadora de serviços de saúde.

A pesquisa mostra que poucos são os trabalhadores assalariados da cooperativa que tem clareza sobre a finalidade da UNIMED Costa Oeste como cooperativa prestadora de serviços de saúde. Isso pode ser comprovado pelas direções nas quais se dividi a opinião dos entrevistados. Para alguns, o objetivo da instituição é a satisfação de trabalho aos cooperados, para outros, a finalidade da cooperativa é a prestação de serviços de saúde aos usuários. Há ainda, aqueles, como P3, que entende que tanto um quanto outro são objetivos que movem o trabalho da instituição.

Quando tratado do tema finalidade da cooperativa UNIMED Costa Oeste relacionada à satisfação de trabalho aos cooperados, destaca-se conforme P1 que o objetivo da cooperativa:

P1:

É a prestação de serviços à seus cooperados.

No mesmo sentido P3 acrescenta que:

P3:

[...] Como uma cooperativa ela tem que é, ajudar os seus sócios, os cooperados médicos, prestando remuneração e trabalho aos cooperados.

No entanto P5 apresentando novos elementos complementa:

P5:

Na verdade a cooperativa foi criada como cooperativa de trabalho médico. Então a finalidade é prestar trabalho médico. Por que isso ocorreu? Na verdade isso aí foi criado em Santos com a finalidade, no instante que começou a ter a exploração do trabalho médico na região portuária, então o Dr. Castilho teve a idéia de fazer um associativismo e que a maneira legal daquilo se tornar operacional foi fundando uma cooperativa de trabalho médico, né. [...] Então na verdade a finalidade foi valorizar o trabalho médico tirando o intermediário.

As afirmações de P1, P3e P5 evidenciam o surgimento da UNIMED como resposta à entrada do receituário neoliberal no Brasil e suas conseqüências como a flexibilização, mercantilização e exploração do trabalho, o que reforça o já exposto no capítulo I e II.

Percebe-se, então, como visto ao longo dos quatro anos de graduação, o movimento da realidade que aí se apresenta, uma vez que, a realidade não é estática, ela está em constante movimento, modificada por transformações históricas que exigem novas maneiras de intervenção dos diferentes indivíduos que a constituem, entre eles, os diferentes profissionais. Essas transformações rebatem na vida em sociedade afetando as profissões que precisam desenvolver novas estratégias de resposta às questões postas, seja em relação ao surgimento de novas demandas, seja para reforçar a própria especificidade da profissão. Neste campo de constantes transformações todas as profissões estão marcadas por enorme diversidade, tensões e confrontos internos. Essas determinações exponenciam as contradições imanentes à lógica do capital. (NETTO, 1996)

Sendo assim, nota-se a preocupação, dos profissionais da medicina, em criar novas condições de trabalho à categoria médica que encontra nos princípios cooperativistas instrumentos para defesa de seus interesses. Interesses esses que não se restringem unicamente a busca de trabalho, mas a busca de melhor remuneração, maior retorno monetário, uma forma de fugir da exploração capitalista ampliada com a entrada do receituário neoliberal. Cabe destacar

aqui que é um interesse individual, embora almejado por determinado grupo, pois em relação aos empregados da cooperativa, aqueles contratados em regime celetista, não se têm a mesma preocupação. Não existe a valorização do trabalho alheio. Os médicos associados buscam liberdade de trabalho, mas na mesma cooperativa os trabalhadores assalariados, que proporcionam a infra-estrutura para o desenvolvimento do trabalho dos cooperados médicos, não têm a possibilidade de desenvolverem suas atividades livremente, não têm nem mesmo a opção de escolher a roupa que gostariam de usar, pois tudo lhes é imposto de forma imperativa, padronizada. Apresenta-se então a seguinte contradição: a busca pelos profissionais médicos, de desenvolver seus trabalhos livremente, ao mesmo tempo em que exploram os trabalhadores não-médicos, indispensáveis nessa forma de organização. Tem-se, assim, a expansão de alguns em detrimento das condições de vida e de sobrevivência de outros.

Conjuntamente a discussão e compreensão da finalidade da UNIMED Costa Oeste, as falas acima elaboradas recebem novas conotações quando atreladas ao atendimento aos usuários. O entrevistado P3 é objetivo, expondo que:

P3:

Como o próprio nome já diz, ela presta assistência aos usuários.

Já P4, defendendo a necessidade da existência dos planos privados de saúde, apresenta os seguintes argumentos:

P4:

Eu acredito que seja dar um atendimento melhor à população que tem condições de pagar por um atendimento, [...] dá uma qualidade melhor na área da saúde pra quem tem condições de pagar né. [...] eu acho que essas empresas de planos de saúde, elas estão auxiliando a demanda do Estado, que o Estado não consegue arcar com tudo. Então eu acho que o plano de saúde, os planos das empresas prestadoras de planos de saúde, eu acredito que elas vêm contribuir, elas vem auxiliando essa demanda. Todas que estão envolvidas com prestação de serviços na área da saúde vêm facilitar isso, dá uma qualidade melhor na área da saúde [...], e com isso auxilia essa carência que tem por parte do governo.

Essas colocações confirmam as conseqüências da reforma do Estado, como o processo de privatização, ou seja, a transferência para o setor privado dos bens e serviços

públicos. Os argumentos apresentados por P4 evidenciam os impactos sociais deixados pelo programa de privatização proposto pela reforma do Estado, as perdas irreparáveis causadas às políticas sociais, como o sucateamento dos serviços públicos (BATISTA, 1999).

Nas palavras de P4 percebe-se que o segmento de saúde suplementar atua num campo de fragilidade do atendimento público. A opção por um plano privado de saúde supostamente vem satisfazer duas questões pendentes: a demanda não coberta e a qualidade não proporcionada pelo SUS. Isto porque o Estado apresenta-se mínimo para a área social, não cumprindo o princípio Constitucional do acesso universal igualitário, de maneira a não proporcionar atendimento integral e com qualidade. Mas o mesmo não ocorre com os interesses do capital, para o qual a presença do Estado é máxima, pois oferece o suporte necessário à criar condições para manter a existência da classe burguesa, ou seja, para manter o projeto burguês em andamento. Isso faz sustentar essa roda viva da exploração, pobreza e miséria humana de muitos, em busca da satisfação de um número restrito de pessoas detentoras de bens materiais e de serviços.

As palavras de P4 sublinham a construção de uma cultura na sociedade brasileira que mistifica a necessidade da existência do Estado. Essas colocações reforçam a idéia de público e privado, entendo que tudo que é público é ineficiente e que a eficiência e a qualidade se situam no campo privado.

Como coloca, também P4, a atuação das cooperativas prestadoras de plano de saúde se direciona à prestar assistência de melhor qualidade aos usuários, daí fica um questionamento: que qualidade é essa? O usuário além de estar pagando duplamente pelo atendimento, uma vez ao governo, mesmo sem usufruir e outra à empresa privada, tem que esperar semanas ou até meses para um atendimento com especialista, por exemplo. Compõem-se mais uma vez, um contexto contraditório em que se paga por um direito social, conquistado historicamente.

A análise desse eixo permite a identificação do duplo caráter seletivo. No campo público, onde para ser atendido a pessoa precisa comprovar sua extrema pobreza, pois a presença mínima do Estado no desenvolvimento das políticas sociais tem como alvo as camadas populacionais mais vulneráveis. A presença do Estado neste campo é residual, cabe a ele garantir um mínimo aos que não podem pagar. Não obstante o setor privado também é seletivo, pois para adquirir um plano de saúde a pessoa precisa apresentar uma condição financeira razoável. O setor privado fica encarregado de atender aos cidadãos consumidores. Nem de um lado, nem de outro,

se encontram as pessoas que trabalham e recebem determinado salário que minimamente dá conta de suprir sua sobrevivência, pois não conseguem “usufruir” de nenhuma dessas formas de atenção à saúde. Assim, gera-se uma prática acentuadamente diferenciada para os distintos segmentos da sociedade, onde as políticas de saúde vão cristalizando um acesso extremamente desigual e estigmatizante da população aos serviços de saúde, responsável por atender a clientela mais carente, enquanto que a esfera privada impõe critérios de diferenciação entre os assalariados por níveis de renda e padrões de inserção nos setores da economia (COHN, 1991).

Percebe-se, então, que as cooperativas de saúde ocupam um espaço abandonado pelo Estado que como resposta de inversão a sua suposta crise transfere para outros segmentos (privado, público não-estatal, ou filantrópico) responsabilidades que seriam exclusivamente suas. Assim, o setor privado de saúde suplementar aposta no insucesso do SUS como estratégia para viabilizar-se ainda mais.

Essa forma de organização de determinado grupo de profissionais se mantém como privilegiando uma dada categoria profissional preocupada com seus próprios interesses, algumas vezes superiores a defesa da vida humana jurada no início da profissão.

3.1.2 Isenção fiscal da carga tributária da UNIMED Costa Oeste e sua relação com os projetos sociais desenvolvidos.

Sobre a questão dos incentivos fiscais poucos entrevistados têm clareza, ou conhecimento sobre o assunto. Essa é uma questão que deixa alguns dos entrevistados em dúvida. Mas todos entendem que não há relação entre os benefícios de incentivos fiscais com os projetos sociais desenvolvidos pelo departamento de Serviço Social. Esta seria uma iniciativa da própria cooperativa preocupada com a "responsabilidade social".

P4 coloca que os incentivos fiscais beneficiam as cooperativas em geral, pois:

P4:

[...] eu acho que todas as cooperativas tanto na área agrícola como em outra área, eu acho que existe isenções de alguns impostos. [...] não é por ser de prestação de serviços de saúde, é por ser cooperativa. Eu acho que a partir do momento que você abre uma cooperativa [...] com isso já se tem os benefícios.

Complementado as colocações acima, P1 acrescenta:

P1:

É por ser cooperativa, a isenção é, não é por causa da área de saúde, mas porque a UNIMED é uma cooperativa, isso é por causa da Lei do cooperativismo. [...] A tributação recai somente sobre as receitas com terceiros, conforme Lei 5.764 de 1971. Assim, os impostos como PIS, COFINS, CSLL, IRPJ E ISS são recolhidos somente sobre ato com terceiros. [...] Dos atos cooperados ela não paga imposto nenhum, [...] não é muito. É muito pouco esse gasto com terceiros. A UNIMED funciona assim, são cooperados que prestam serviços. Se por ventura um cooperado não conseguir prestar um serviço pra determinado usuário ela tem médico que não seja cooperado, quando nós vamos fazer uma proporcionalidade da receita pra apurar os impostos, tem a receita total, só que dessa receita nós tivemos que gastar com médico não cooperado um X, esse X dá eu vo, a gente vai, acha um percentual, pra diminuir da receita total que nós tivemos que ocupar essa receita pra pagamento de terceiro, então essa receita, essa proporcionalidade de gasto eu vo ter que oferece a tributação.

Dos entrevistados P4 não tem a informação de quais os incentivos recebidos, embora saiba que existam alguns. Já P1 apresenta com precisão as contribuições que a UNIMED Costa Oeste deixa de pagar por estar fundada em princípios cooperativos. Até aí tudo ocorre de forma tranqüila com as entrevistas. Mas a seqüência para no contado com o último entrevistado surge uma contradição. Um dos pontos centrais apontados por P5 é que no que se refere à vantagem tributária o resultado é zero:

P5:

Vantagens tributárias é zero.

A partir dessa colocação, surgem os seguintes questionamentos: Afinal, existe ou não isenção fiscal? A UNIMED Costa Oeste não recebe nenhum incentivo fiscal, mesmo estando constituída em princípios cooperativos os quais encontram respaldo na legislação? Se não existem incentivos quais as vantagens de se constituir como empresa cooperativa?

No decorrer da pesquisa é possível verificar que P5 usa de mecanismos para construir afirmações na tentativa de levar esta pesquisadora a entender que não há incentivos fiscais. Nota-se que P5 pretende camuflar os incentivos fiscais dos quais a UNIMED Costa Oeste se beneficia, pois ao questionar-se a incidência somente sobre atos não cooperativos de impostos como PIS,

COFINS, CSLL, IRPJ e ISS, apresentados por P1, o entrevistado P5 acaba confirmando a isenção de tributos sobre atos cooperativos:

P5:

A cooperativa tem a vantagem que ela não é taxada sobre o lucro líquido ou sobre lucro presumido, como ela não trabalha com o critério de lucratividade ela tem a tributação só sobre as receitas financeiras [atos não cooperativos]. E a única coisa que muda um pouco, ela não tem é, tributação de imposto de renda sobre lucro, ou presumido ou lucro real. É a única coisa que muda. [...] o PIS e COFINS nós tamo recolhendo sobre o ato administrativo, mas nós tamo discutindo na justiça, tem uma legislação que ficou meio dúbia sobre o que é o ato administrativo. [...] então esses tributos hoje, todos eles estão sendo discutidos judicialmente, a gente não sabe como vai ficar. [...]. A legislação é uma legislação muito velha, que ta totalmente defasada [...] então em termos de tributação é difícil você hoje dizer qual a vantagem de ser cooperativa ou não.

Comprova-se que as isenções fiscais das quais a UNIMED Costa Oeste se beneficia são resultados de sua natureza cooperativa, devido ao princípio cooperativo da não lucratividade. Daí outros questionamentos se colocam. Se a cooperativa não fosse beneficiada com tais isenções será que esse valor arrecadado não poderia fazer uma grande diferença ao financiamento das políticas públicas, já que um desses tributos, o COFINS, tem como destino o financiamento da Seguridade Social²⁴ e que a atuação do Sistema UNIMED é significativa no país? Ou será que a carga tributária brasileira é que é muito elevada?²⁵.

A análise da incidência de tributos da UNIMED Costa Oeste com suas respectivas isenções fiscais comprovam a estrutural e extensa interface público-privado dos subsídios governamentais envolvidos com o financiamento dos planos privados de saúde. As palavras mesmo que confusas e veladas de P5 e as colocações de P1 e P4 mostram que o Estado desempenha um papel de facilitador do setor privado de saúde.

Fica claro a partir dessas colocações que a UNIMED Costa Oeste se beneficia por ser uma cooperativa e não por prestar serviços na área da saúde e que sua significativa expansão não é mérito exclusivamente seu, pois a crescente monopolização das cooperativas de planos de saúde tem como forte aliado o Estado que anda lado a lado com o mercado. O caminho que as

²⁴ A Constituição Federal de 1988 coloca em seu artigo 194 que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL, 2002).

²⁵ Existe no Brasil uma lista de cerca de 80 tributos (impostos, taxas, contribuição de melhoria, etc.). A descrição deles pode ser encontrada em <http://www.portaltributario.com.br/tributos.htm>.

cooperativas de saúde vêm seguindo no Brasil rumo à construção de monopólios é favorecido por essa isenção da carga tributária sobre atos cooperativos, que as proporciona enorme vantagem em relação a uma empresa não cooperada do mesmo ramo, como expõem P1:

P1:

Se comparar com uma empresa não cooperada ela paga pouquíssimo, pouquíssimos impostos, porque quem paga, o responsável pelo pagamento dos impostos são os próprio cooperados, na Declaração de Imposto de Renda.

Outro elemento importante que a pesquisa traz é que a realização dos projetos sociais não tem ligação com os incentivos fiscais da cooperativa, eles seriam iniciativas da UNIMED Costa Oeste, que depois passa a fazer parte de exigência da ANS, como pode ser observado nas palavras de P3:

P3:

Primeiramente é da própria UNIMED, foi iniciativa da própria UNIMED e depois a própria Agência Nacional também começou a cobrar isso né, de ter, é como se diz, programas de prevenção pra promover a saúde, mas benefícios não, não vejo muito onde cabe.

Da mesma forma, entendendo que os projetos são iniciativas da própria instituição P4 fala:

P4:

Eu acho que da própria cooperativa né, eu acho que, da parte do Serviço Social, mas não voltada pra, porque isso iria ter algum incentivo, alguma contrapartida pra cooperativa não, isso foi feito porque eu acho que a cooperativa como sendo voltada na área da saúde, eu acho que não só a UNIMED como qualquer empresa eu acho que deveria ta se preocupando nessa parte de responsabilidade social. E a UNIMED mais ainda, principalmente na área da prevenção. Não que teve assim, tem que ser feito projetos porque serão isentados de tal imposto não.

O entrevistado P5 esclarece que não existe relação entre os projetos sociais desenvolvidos e a isenção tributária apresentando que:

P5:

Na verdade os projetos sociais não muda nada em questão tributária, não muda a incidência de tributos por ter ou não projetos sociais, na verdade a gente faz muitos deles pelo lado social, por a gente fazer parte da sociedade, mas grande parte deles estão voltados pra melhoria da qualidade de vida dos usuários da UNIMED e da população em geral. A gente enxerga que quando você melhora a qualidade de vida, você tem mais saúde e se você tem mais saúde você gasta menos com doença. Então tem um lado social realmente e tem o lado de você fazer a inserção da sua imagem na sociedade, mas não muda a tributação, não tem retorno de imposto de renda. Isso aí é uma meta desenvolvida pela UNIMED do Brasil, mas não tem vantagem fiscal.

Como se vê a UNIMED Costa Oeste se beneficia com a isenção de vários impostos, mas não precisa dar uma contrapartida, o Estado não cobra da cooperativa retorno social algum, nem mesmo projetos sociais. Os projetos podem ser vistos como a busca de *status*, uma forma de divulgar o nome UNIMED por todo o país visto que a UNIMED do Brasil passa a cobrar das singulares que desenvolvam projetos sociais para obterem o selo de responsabilidade social, baseado no instituto Ethos, conforme as palavras de P4 e P5. Além disso, esses projetos representam também uma forma de diminuir os gastos com assistência à saúde, pois ao reduzir o número de fumantes, por exemplo, tem-se uma porcentagem provável menor de problemas futuros relacionados ao consumo do tabagismo, entre eles o câncer de pulmão. Além de não necessitar contribuir com a redução das expressões da “questão social” a presença das operadoras de planos de saúde introduz mais um mecanismo de seletividade e desigualdade social e de acumulação do capital.

3.1.3 Cooperativa não tem fins lucrativos?

Assim como a responsabilidade social a não lucratividade das cooperativas operadoras de planos de saúde é uma questão polêmica e complexa, a cooperativa não tem fins lucrativos, no entanto, realiza contrato de compra e venda de planos de saúde. Talvez a cooperativa em si não tenha mesmo fins lucrativos, o que não significa dizer que ela não gere lucro à seus cooperados.

A natureza não lucrativa da instituição é enfatizada como sendo uma das principais diferenciações entre uma cooperativa prestadora de serviços de saúde e uma empresa não

cooperada do mesmo ramo, além de representar um dilema entre os entrevistados. Neste sentido P1 afirma que:

P1:

A cooperativa não tem lucro pelo fato de que a, a cooperativa não tem receita, a receita é o cooperado, então, tudo que é arrecadado é repassado pra eles, a própria lei determina isso né, cooperativas são empresas sem fins lucrativos. [...] A receita da cooperativa não é da cooperativa, é do cooperado, a produção de cada um é repassada. A cooperativa só retém da receita um percentual para cobrir os custos administrativos dela, o resto é tudo repassado pros cooperados

Acrescentado que a UNIMED Costa Oeste não tem fins lucrativos, mas reafirmando que ela gera capital e que toda arrecadação é repassada aos cooperados P3 fala:

P3:

Eu acho que não tem mesmo, porque digamos assim, você precisa reinvestir no seu cooperado, então, se você tiver uma sobra no capital você vai te que distribuir pra eles.

As colocações seguintes de P4 trazem elemento importante que mostra outra forma de distribuição do capital gerado pela cooperativa:

P4:

O que diferencia é a questão de não ter fins lucrativos [...], por ser uma cooperativa então se tem um, alguns privilégios daí, talvez as isenções em alguns encargos, não to bem por dentro, mas eu acredito que sim, que seja isso [...]. Na nossa região aqui, não teríamos concorrentes à altura da UNIMED pra ter uma comparação, talvez num Estado maior, num local maior, exista outras empresas privadas, nós só temos a UNIMED. Eu não sei até que ponto ser uma cooperativa não tem fins lucrativos [...] existe cooperativas que dividem as cotas, que seria o lucro que eles têm, dividem entre todos os cooperados. [...] a sorte da nossa singular é ela ter no Estatuto dela o CH variável, [...] ele é um CH que pode ser flexível, ele não é um CH fixo. Também depende de como ta a cooperativa pra se aumenta o CH, pode ser feito isso. Essa questão de CH aí, ela é bem polêmica politicamente.²⁶

Evidenciando a busca de resultados positivos pela cooperativa P5 apresenta que:

²⁶ O valor do CH é o valor repassado aos cooperados proporcionalmente as consultas desenvolvidas.

P5:

[...] a cooperativa não tem o princípio de lucro. O cooperado é sócio da empresa, pra trabalhar na cooperativa, pra atender os clientes da cooperativa ele tem que ser sócio da empresa. [...] Nos últimos quinze anos teve uma evolução muito grande, hoje acredito que quase 100% dos municípios do Brasil têm algum profissional atendendo pela UNIMED. Pela cooperativa não tem fins lucrativos, mas dizer que uma empresa não procura resultados positivos, hoje a finalidade dela, ela não pode ter prejuízos. A visão nossa foi que o melhor resultado, o nosso lucro, era ter bastante associado dentro da cooperativa. [...] Então a questão do fim lucrativo pela legislação cooperativista não existe fins lucrativos, mas todo mundo busca resultado positivo, inclusive hoje por causa da legislação, de acordo com a Agência Nacional se nós não tivermos resultado positivo razoável nós sofremos intervenção da Agência.[...] Então hoje nós temos que busca o, não o lucro porque nós não visamos o lucro, mas nós temos que buscar resultado positivo (grifo nosso)

Nas colocações acima três questões se evidenciam: 1) Seria a natureza não lucrativa da cooperativa UNIMED Costa Oeste apenas uma questão burocrática determinada pela legislação e não efetivada? 2) Até que ponto a cooperativa não tem fins lucrativos sendo que ela busca resultado positivo? 3) As sobras distribuídas entre os cooperados não se traduzem em lucro propriamente dito?

Ao mesmo tempo em que o Estado determina na legislação que cooperativas não têm fins lucrativos, o mesmo aparato estatal, através de suas instituições, como a ANS, impõe às empresas cooperadas da área da saúde “resultado positivo” como exigência para se manter no mercado. Não poderia ser diferente já que vivemos em uma sociedade comandada por capitalismo avançado. Sendo assim, o resultado positivo nada mais é do que o lucro colocado de forma não explícita para que determinado grupo não perca os vários privilégios que essa forma de organização lhe proporciona.

Embora não claramente divulgado é possível perceber nas colocações acima apresentadas que a cooperativa, de uma forma ou de outra, proporciona à seus cooperados médicos acumulação econômica através de suas relações mercantilistas, onde à assistência a saúde saí do campo de direito social, conquistado através de árduas lutas históricas e se transforma em mercadoria, disponível no campo de circulação do capital. Mais uma vez nos reportamos à reforma do Estado e seu processo de privatização, não exclusivo da saúde, que libera as políticas de saúde à lógica da capitalização e da lucratividade.

Nas palavras de P4 e P5 além da natureza não lucrativa da instituição, percebem-se dois fatos alvos de vários estudos que é a crescente expansão do setor de saúde suplementar e a

criação de monopólios de empresas de saúde suplementar e em relação a isso a UNIMED Costa Oeste é um exemplo claro de monopólio, presente, única e dominante em várias cidades do país.

Essa problemática da não lucratividade da cooperativa é uma experiência mistificada, pois, o que seriam as sobras, divididas entre os cooperados, geralmente no final do ano, ou o aumento de CH se não lucro, camuflado, esfumaçado, escondido, não revelado? A empresa cooperativa é uma forma velada de produzir lucro, não pela exploração direta da força de trabalho, mas numa relação mercantilista de compra e venda de planos de saúde. A não lucratividade é apenas uma questão de legislação. O discurso de ser uma entidade sem fins lucrativos permanece como forma de continuar recebendo incentivos fiscais, fato esse que não se restringe às cooperativas operadoras de planos de saúde, basta uma simples observação sobre as cooperativas agrícolas, de consumo ou de crédito. É o público, por meio dos impostos, sustentando iniciativas privadas, porém com adornos públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso comprovou a hipótese de que o Estado incentiva a UNIMED Costa Oeste com isenção tributária, sendo que, esses incentivos advêm de sua natureza cooperativa e não por atuar no campo da saúde. Além de contemplar os objetivos propostos abriu um leque de questionamentos que rodeiam o campo da saúde; a presença das cooperativas nesta área; a situação precária vivida pelas políticas públicas e; o papel de tutela desenvolvido pelo Estado em relação ao mercado, ou seja, aos interesses do capital.

As conseqüências do capitalismo apontam e materializam uma experiência dos humanos no campo da barbárie. O interesse do capital se sobrepõe a qualquer coisa, até mesmo a qualquer ser humano, transforma pessoas em objetos e direitos em mercadorias. Pode-se afirmar que dos direitos sociais, que representam avanços conquistados historicamente através de lutas sociais, a saúde é o que mais evidencia esse contexto de retrocesso vivido pela sociedade brasileira após a entrada do receituário neoliberal que trouxe consigo a proposta de reformar o Estado afastando-o de suas responsabilidades.

Neste contexto o setor de mercado, especificamente o setor de mercado de saúde usa o sucateamento dos serviços públicos como motivo para se desenvolver, se expandir e se firmar cada vez mais, como as cooperativas operadoras de saúde que ajudam a divulgar a ineficiência do SUS para se elevar e construir monopólios, contribuindo para esse ciclo vicioso que cultiva a ineficácia do público em contraposição à eficiência do privado, transformando direitos em benefícios, ou então, consolidando a concepção do direito à saúde como possibilidade de acesso a uma precária assistência médica, demorada e duvidosa.

Nesta nova ordem global, as prestadoras de serviços de saúde caminham em busca do lucro e do sobre-lucro, mesmo as empresas que anunciam ser “não lucrativas”. Os planos de saúde no Brasil já surgem com o apoio explícito do governo, principalmente as cooperativas que, embora não tenham uma lei atualizada de regulamentação a respeito dos incentivos fiscais, se beneficiam consideravelmente com a isenção de tributos sobre atos cooperativos.

Após trilhado este percurso, elementos pontuais merecem ser elencados:

a) Por meio da pesquisa bibliográfica, percebe-se que são poucas as investigações que tratam desta área;

b) As entrevistas mostraram que a ideologia do capital é assumida enquanto projeto pelos entrevistados, os quais não se opõem e não questionam o sistema vigente e sim que embarcam na onda do capital como algo natural;

c) O governo brasileiro continua ampliando os espaços para o avanço da privatização das políticas sociais, em particular a saúde. Dessa forma a assistência à saúde, que foi conquistada como direito social universal é transformada em atrativa mercadoria.

d) O governo é um representante de classe. Este posicionamento é explícito no que é de particular da pesquisa, no momento em que fortalece o capital na área de serviços. O governo não deixa transparecer interesse em melhorar, reverter, a atual situação da área social, mas sim em criar condições para que o capital se desenvolva ainda mais, destinando atenção mínima ao social e redobrada para manter a ideologia capitalista dominante;

e) A reificação humana chega ao limite bárbaro que a vida humana se torna uma mercadoria que só é investida se for lucrativa, como aponta o relato proferido por profissional da área: “poderia até salvar a vida dela, mas custaria muito caro para nós.”

É expressão concreta da contradição colocada sob a base do capital. Absurdo?! Com certeza. Mas, infelizmente, este é o discurso que impera na sociedade do capital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA, Ligia. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/abrangenciadaregulacao/AA10.pdf>. Acesso em: 10/jul./2007.

BATISTA, A. **A Questão Social e as Refrações no Serviço Social Brasileiro na Década de 1990**. Tese (Doutorado). PUC. São Paulo, 2002.

_____. Reforma do Estado: uma prática histórica de controle social. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: n°. 61, p. 63-90, nov. 1999.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. 2 ed. São Paulo, SP: HUCITEC, 1986.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2002. 29ª ed.

BRASIL. Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/5764.htm>>. Acesso em: 28/jun./2007.

BRASIL. Lei Nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portaltributario.com.br/legislacao/lei9961.htm>>. Acesso em: 03/jun./2007.

BRASIL. Lei 10.865 de 30 de abril de 2004. Dispõe sobre a Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social incidentes sobre a importação de bens e serviços e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2004/Lei/L10.865.htm>. Acesso em: 29/jun./2007.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde Nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *In: Fique por dentro do Sistema Único de Saúde*. Câmara dos Deputados Dr. Rosinha Deputado Federal: Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Glossário Temático: economia da saúde**. 2 ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas Sociais, Setoriais e Por Segmento. As Políticas Brasileiras de Seguridade Social. Saúde. *In: Capacitação em Serviço Social e Política social*. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000, p. 103-115.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, SP: Cortez, 1996.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Exposição no Senado sobre a Reforma da Administração Pública**. Brasília: Ministério da Administração Federal da Reforma do Estado, 1997. (cadernos MARE da reforma do Estado, v. 03).

_____; SPINK, P.K. **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 5 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

COHN, Amélia, et al. **A Saúde Como Direito e Como Serviço**. São Paulo, SP: Cortez, 1991.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS (Brasil). **Saúde Suplementar**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/11_Saúde%20Suplementar.pdf>. Acesso em: 15/set./2007.

CONTADOR, Carlos Roberto. **A Transferência do Imposto de Renda e Incentivos Fiscais no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 1976.

CANTON, Giselle A. Martins; NEVES, Fabiana. Saúde Suplementar no Brasil: entre o direito à saúde e o fetichismo da mercadoria. *In: Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, nº. 86, p. 156-162, jul. 2006.

COOPERFORTE. Cooperativismo. Segmentos do cooperativismo. 2007, disponível em: <<http://www.cooperforte.org.br/documento.cfm?idedoc=3>>. Acesso em: 15/SET/2007.

CONTREIRAS, Djalma Chastinet. A UNIMED: uma cooperativa de trabalho. *In: **Compêndio de Cooperativismo UNIMED***. Porto Alegre: WS Editor, 1998, p. 85-98.

DALL'POZZO, Viviane Cristina. **O Papel do Serviço Social na Cooperativa de Trabalho Médico**. (Monografia – Bacharel em Serviço Social), Unioeste. Toledo, 1999, p. 32-44.

DERENGOWSKI, Maria da Graça. Nota Introdutória sobre Estrutura de Mercado, Concentração e Mercados Relevantes. *In: **Série Regulação e Saúde***. Documentos Técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Vol. 03. Rio de Janeiro, 2004, p. 65-91. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reg_saudevol3t1.pdf>. Acesso em: 28/ago./2007.

FILHO, Nelson Leite. **Da Incidência e não Incidência: isenção e imunidade**. São Paulo: EUD, 1986.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IRON, João Eduardo Oliveira. O complexo UNIMED. *In: **Compêndio de Cooperativismo UNIMED***. Porto Alegre: WS Editor, 1998, p. 99-114.

JÚNIOR, Miguel Horvath. Direito Previdenciário. 5 ed. São Paulo: Quartier Latin, 2005, p. 15-39.

KARSH, Ursula M. Simon. **O Serviço Social na Era dos Serviços**. 2 ed. São Paulo, SP: Cortez, 1989.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MALTA, Deborah Carvalho; JORGE, Alzira de Oliveira. Breve Caracterização da Saúde Suplementar. *In: **Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar***. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2005, p. 37-60.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Cooperativas de Trabalho.** São Paulo: Atlas, 2003.

MAY, Nilson Luiz May (coord.). **Compêndio de Cooperativismo UNIMED.** Porto Alegre: WS Editor, 1998, p. 9-14

MEINEN, Ênio; DOMINGUES, Jéferson Nercolini; DOMINGUES, Jane Aparecida Stefanos. **O Adequado Tratamento Tributário das Sociedades Cooperativas.** Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2003.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO DA REFORMA DO ESTADO - MARE. **Plano Diretor da Reforma do Estado.** Câmara da Reforma do Estado: Brasília, 1995. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/gestao/conteudo/publicacoes/plano_diretor/portugues.htm>. Acesso em: Abr/2007.

NETTO, José Paulo. Transformações Societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *In: Serviço Social e Sociedade.* São Paulo, nº. 50, p. 87-132, abr. 1996.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; SILVEIRA, Fernando G.; ANDREAZZI, Maria de Fátima S. **O Mercado de Planos de Saúde no Brasil: uma criação de Estado?** Rio de Janeiro: IPEA, 2005.

OLIVEIRA, Nestor Braz de. **Cooperativismo:** guia prático. Porto Alegre: Fundação para o Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1979, p. 15-36.

PELLIZZARI, Deoni. **A Grande Farsa da Tributação e da Sonegação.** Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

PEREIRA, Amanda; FREIRE, Lucienne; LAGANA, Lizzie. **Cooperativa:** oportunidades e desafios. Brasília: OIT, 2001, p. 101-120.

PINHO, Diva B. **A Empresa Cooperativa:** análise social, financeira e contábil. São Paulo: Coopercultura, 1986, p. 11-16.

QUADROS, Waldemir Luiz de. **A Renúncia Fiscal ao Segmento de Assistência Médica Suplementar**: a experiência brasileira em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: ANS, 2002. Disponível em: <http://ans.gov.br/portal/uplodt/forum_saude_bibliografia/financiamentodosetor/EE2.pdf>. Acesso em: 14/set./2007.

SILVA, Ademir Alves da. **Política Social e Cooperativas Habitacionais**. São Paulo: Cortez, 1992, p. 63-70.

SIQUEIRA, Moema Miranda de. **Estado e Burocratização da Medicina**. Belo Horizonte: UFMG, 1987.

TRIBUTÁRIO, Portal. Glossário de termos tributários ou fiscais, 2007. Disponível em: <<http://www.portaltributario.com.br/>>. Acesso em: 20/Set/2007.

UNIMED, Portal. História, Informações e Dados, 2007. Disponível em: http://www.UNIMED.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=34393&cd_secao=46159&cd_materia=46923 Acesso em: 12/Set./2007.

APÉNDICE

ANEXO