

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO CLIENTE  
HOSPITALIZADO: UMA PROPOSTA PARA A UNIMED FLORIANÓPOLIS**

POTY COLACO FONSECA

CONFERE COM  
ORIGINAL  
EFO/15 29/04/02

  
Prof.<sup>a</sup> Krystyna Malys Costa  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS. ABRIL DE 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**O SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO CLIENTE  
HOSPITALIZADO: UMA PROPOSTA PARA A UNIMED FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pela acadêmica Poty Colaço Fonseca.  
Orientadora: Vera Maria Ribeiro Nogueira

FLORIANÓPOLIS, ABRIL DE 2002.

POTY COLAÇO FONSECA

**O SERVIÇO SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO CLIENTE  
HOSPITALIZADO: UMA PROPOSTA PARA A UNIMED FLORIANÓPOLIS**

Esta monografia foi apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Obteve a nota média 9,5 atribuída pela Comissão Examinadora integrada pelos membros:



Vera Maria Ribeiro Nogueira  
Profª. do Depto. de Serviço Social



Dirce Maria Martinello  
Assistente Social - UNIMED Florianópolis



Hildebrando Couto Scofano  
Superintendente da UNIMED Florianópolis

FLORIANÓPOLIS, ABRIL DE 2002.

## EPÍGRAFE

“Cada um dos nossos pensamentos não é mais do que um instante de nossa vida. De que serviria a vida se não fosse para corrigir os erros, vencer nossos preconceitos e, a cada dia, alargar nosso coração e nossos pensamentos? Nós utilizamos cada dia para alcançar um pouco mais de verdade...”

*Romain Rolland. Jean-Christophe*

## DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso às pessoas que possibilitaram a realização deste sonho. Meus pais, pela vida e pelo amor, meus avós Lindalva e Zequinha Fonseca, minha tia Dorothea, e a grande amiga Daniela Damasceno, que me fez chegar à Universidade Federal de Santa Catarina.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto da colaboração direta e indireta de muitas pessoas importantes em minha vida, porém algumas merecem um agradecimento especial e eu não poderia deixar de citá-las.

Magnus, pelo amor, amizade, companheirismo e paciência durante esses três anos de convivência;

Meus irmãos Yan, Gema, Gabriel e Mariana, pelo carinho e compreensão, mesmo com a distância;

Os amigos que ficaram em Viçosa e Ouro Preto e os novos amigos que fiz aqui, Juliana, Sissa, Fabi, Keli, Telma, Daniela, Ângelo, entre tantos outros que se fizeram presentes durante esta trajetória;

Os companheiros do Centro Acadêmico Livre de Serviço Social, entidade que me proporcionou momentos muito ricos e intensos nesta universidade, e de todo o Movimento Estudantil de Serviço Social;

Vera Nogueira, pelo apoio, incentivo, amizade, e principalmente pela competência profissional na orientação deste trabalho;

Dirce Martinello, Andréa Faraco, Sônia Rovaris, e Elisandra dos Anjos, que acompanharam e apoiaram a minha prática de estágio na Unimed Florianópolis;

E, finalmente, agradeço à universidade pública, gratuita e de qualidade, que me permitiu compreender, valorizar e fazer parte do processo de formação profissional do assistente social.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	7
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	8
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	9
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	13
2.1 HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	14
2.2 A RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA.....	19
2.2.1 A interferência do Banco Mundial na política de saúde do Brasil.....	23
2.2.2 A saúde suplementar e sua regulamentação.....	27
<b>3 COOPERATIVISMO E O SISTEMA UNIMED</b> .....	31
3.1 OS PRINCÍPIOS COOPERATIVISTAS.....	31
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA UNIMED.....	35
3.3 A UNIMED FLORIANÓPOLIS E O DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE.....	38
<b>4 A PRÁTICA DE ESTÁGIO E A PESQUISA REALIZADA</b> .....	42
4.1 A PESQUISA E SEUS OBJETIVOS.....	43
4.2 A METODOLOGIA DA PESQUISA.....	44
4.3 RESULTADOS ALCANÇADOS.....	45
4.4 UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O SERVIÇO SOCIAL.....	49
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	54
<b>ANEXOS</b> .....	57

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativa dos preços médios dos planos e seguros-saúde – Brasil 1997/98...	28
Tabela 2 - Número de cooperativas, cooperados e empregados, por segmento.....	34
Tabela 3 - Média do nível de satisfação dos clientes Unimed internados.....	46

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo da política regulatória no setor saúde no Brasil.....	22
Quadro 2 - Classificação de medidas para racionalização dos custos no setor de saúde...	25
Quadro 3 - Os princípios cooperativos.....	32
Quadro 4 - O perfil da Unimed Florianópolis.....	39
Quadro 5 – Principais questões levantadas pelos entrevistados.....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS

Abramge – Associação brasileira de medicina de grupo  
ACI - Aliança Cooperativa Internacional  
ACM – Associação Catarinense de Medicina  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVS – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BM – Banco Mundial  
CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão  
CF/88 – Constituição Federal de 1988  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASP - Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária  
CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar  
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
Fenaseg – Federação nacional das empresas de seguros privados e de capitalização  
IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensão  
IN - Instrução Normativa  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OCB – Organização das Cooperativas Brasileiras  
ONA - Organização Nacional de Acreditação  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
PPA – Plano de Pronto Ação  
PROCON – *Programa de Defesa ao Consumidor*  
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SNA - Sistema Nacional de Auditoria  
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

## INTRODUÇÃO

A saúde, juntamente com a educação, a alimentação, a liberdade é um direito fundamental do ser humano situando-se como dimensão essencial da qualidade de vida. Ela é resultante da combinação entre fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se apresentam de forma particular em cada sociedade.

Nesse sentido, a melhoria das condições de saúde de determinada população está vinculada às mudanças dos padrões econômicos e fortalecimento das políticas sociais, que devem configurar-se como políticas públicas saudáveis.

Algumas políticas sociais aparecem como fundamentais para a promoção da saúde e qualidade de vida da população. São elas: saneamento básico e habitação, educação, assistência social, alimentação e nutrição, proteção e desenvolvimento ambiental, e a garantia contra os riscos de uma enfermidade. Além dessas políticas, incluem-se, também, na prática de políticas públicas saudáveis, as políticas econômicas.

O Serviço Social, historicamente, vem desenvolvendo ações nessa área, sendo as diversas modalidades de atenção à saúde um dos objetos de estudo presentes na profissão. Assim, o presente trabalho é resultado de uma preocupação com os fatores que resultam na promoção da saúde e qualidade de vida do cidadão, buscando compreender, principalmente, os processos e problemáticas que envolvem a internação hospitalar.

O tema aqui trabalhado está voltado ao processo de internação hospitalar do cliente<sup>1</sup> da Cooperativa de Trabalho Médico Unimed. A reflexão parte da análise da relação entre a operacionalização de serviços, através de prestadores públicos e privados e a comercialização dos mesmos por uma empresa privada.

---

<sup>1</sup> Neste trabalho optou-se pela utilização do termo cliente ao invés de usuário da Unimed ou paciente internado, pois a relação estabelecida é de compra e venda de produtos, ou seja, comercial, portanto considera-se que o termo cliente é o mais adequado para a abordagem aqui trabalhada.

Tendo como referência inicial o projeto *Humanização no Atendimento Hospitalar*, hoje vinculado ao Departamento de Atendimento ao Cliente, buscou-se atender, na produção desta monografia, aos seguintes objetivos:

- Descrever o processo histórico que fundamenta a relação entre o público e o privado no setor de saúde;
- Caracterizar o sistema Unimed;
- Resgatar o nível de satisfação dos clientes em relação aos serviços prestados pelos hospitais;
- Identificar as demandas relativas ao atendimento hospitalar prestado aos clientes da Unimed;
- Ressaltar os espaços possíveis de intervenção do profissional de Serviço Social no Departamento de Atendimento ao Cliente;
- Identificar as demandas que denotam a necessidade de um profissional de Serviço Social para atender os clientes da Unimed, que se encontram hospitalizados em instituições públicas e privadas da grande Florianópolis.

O indivíduo, ao ser hospitalizado, além de procurar sua recuperação física dentro de um hospital analisa e questiona, também, os fatores que complementam e auxiliam na busca pela cura, como um bom atendimento, o conforto e a salubridade do espaço físico oferecido, entre outros. Nesse sentido este trabalho enfatiza a importância da qualidade do atendimento ao cliente internado, principalmente nos hospitais públicos, credenciados à Unimed.

O presente estudo traz à tona uma discussão de extrema relevância, ao tratar da relação entre a saúde pública e privada, apresentando o crescimento do setor privado, e, particularmente do sistema Unimed, que hoje se configura como um Complexo Empresarial Multicooperativo.

A partir da compreensão da importância do cliente para a empresa, foi trabalhada, aqui, a forma como os serviços vêm sendo prestados ao cliente Unimed durante o período de sua hospitalização.

A partir da articulação entre a reflexão teórica e dados empíricos, obtidos durante a prática de estágio, esta monografia traz subsídios que permitem identificar e analisar as principais questões envolvidas no processo de internação hospitalar do cliente Unimed, buscando contribuir para a humanização desse tipo de atendimento.

A exposição do trabalho foi organizada em três tópicos, descritos a seguir.

No primeiro tópico, inicialmente, foi realizado um breve histórico da política pública de saúde no Brasil, mostrando a evolução dos diferentes sistemas adotados, desde a saúde tratada sob a ótica de seguro social, voltada aos trabalhadores formais, até a inserção da saúde no tripé da seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social. Incluiu-se portanto, a implantação do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição Federal de 1988.

Logo após, se apresenta uma discussão acerca da relação entre a saúde pública e privada e os interesses envolvidos, colocando a interferência do Banco Mundial nas políticas de saúde do Brasil, a regulamentação do sistema privado e os tipos de planos e seguros-saúde privados, que são comercializados no país.

O segundo tópico resgata os princípios cooperativistas e uma breve apresentação dos órgãos que representam e as leis que regulamentam as cooperativas. Em seguida, no mesmo tópico, é feita uma caracterização do sistema Unimed, buscando-se mostrar o seu crescimento desde a fundação da primeira Unimed, em 1967, até chegar no grande Complexo Empresarial Multicooperativo em que o sistema se tornou. O último item do tópico traz um histórico da Unimed Florianópolis, e situa o *Departamento de Atendimento ao Cliente*, setor onde foi realizado o estágio, tratando a relação entre a cooperativa e o cliente a partir da compreensão da situação por este vivenciada, dentro dos hospitais.

O terceiro tópico discorre sobre a prática de estágio na Unimed Florianópolis, que possibilitou a realização da pesquisa com os clientes hospitalizados em treze instituições públicas e privadas, credenciadas à cooperativa. Foram incluídos, ainda, a delimitação objetivos e a metodologia da pesquisa. Os resultados alcançados, que estão relacionados à discussão inicial sobre a relação entre o público e o privado no setor de saúde também fazem parte do terceiro tópico. No último item é apresentada uma proposta de intervenção para o Serviço Social, com a inclusão de alternativas para se trabalhar as principais questões levantadas pelos entrevistados durante a pesquisa.

Por fim, são feitas as considerações finais da monografia, que apresentam as limitações do trabalho e as recomendações da pesquisa.

## 2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A reflexão sobre as políticas de saúde passa por duas vertentes: - a política de atenção à saúde em si, que diz respeito a como o poder público trata a questão sanitária, podendo, inclusive, transferir essa responsabilidade para a iniciativa privada e o modelo de saúde, que representa a forma com a qual serão resolvidos os problemas de saúde no país.

No Brasil, desde 1930, a política de saúde privilegia o modelo hospitalocêntrico (atendimento voltado para dentro dos hospitais, sendo estes considerados como a “porta de entrada” aos sistemas de saúde) e biologicista (saúde obtida, essencialmente, através do tratamento com atos médicos e medicamentos).

É a partir de 1970 que os sistemas de saúde passam a ser questionados e surgem novas concepções de saúde e, em decorrência, novos modelos de atenção. A *Carta de Ottawa*, que surgiu na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986, diz que “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE LA SALUD apud MENDES, 1999, p.237).

O conceito de saúde, como simplesmente ausência de doença, precisa ser superado, principalmente quando se busca uma alteração na estrutura do sistema de saúde. Ao analisar a crise que se abateu sobre os sistemas de saúde nas sociedades ocidentais e apontar a importância da construção social de um novo sistema de saúde, MENDES (1999) coloca a necessidade de se rediscutir a concepção do processo saúde-doença e da prática sanitária, a partir dos planos político, ideológico e cognitivo.

A mudança será política porque envolve distintos atores sociais em situação, portadores de diferentes projetos devendo, para hegemonizar-se, acumular capital

político. Tem, também, uma dimensão ideológica, uma vez que ao se estruturar na lógica da atenção às necessidades de saúde da população, implicitamente opta por nova concepção de processo saúde-doença e por novo paradigma sanitário, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Por fim, apresenta uma dimensão cognitivo-tecnológica que exige a produção e utilização de conhecimentos e técnicas coerentes com os supostos políticos e ideológicos do projeto da produção social da saúde (MENDES, 1999, p.234).

Portanto, é possível perceber que o sistema de saúde que privilegia unicamente a ótica da atenção médica, agrava a crise da saúde, pois é mais custoso o tratamento da doença do que a prevenção, através de programas que privilegiem ações interdisciplinares. Porém, pode-se dizer que o setor de saúde privado vive do paradigma sanitário hegemônico, ou seja, da produção de serviços de saúde de ordem curativa e clínica.

Os sistemas de saúde adotados no Brasil e a relação entre o setor público e o privado serão tratados nos próximos itens deste tópico.

## 2.1.HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Ainda na primeira República (1889-1930), são implementados serviços de saúde pública em nível nacional, dirigidos pelo governo central, os quais adotavam o modelo de campanhas sanitárias, com a idéia de limpar as áreas urbanas das epidemias existentes. Esse modelo já consolidava uma estrutura centralista e corporativista na administração estatal.

Em 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, que estabelece a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP's, que se configuravam como um sistema previdenciário que contava com assistência médica, organizado por empresa ou categoria profissional, regulado pelo Estado e financiado de forma tripartite, ou seja, pelos empregados, as empresas e o governo.

Na década de 30, o governo de Getúlio Vargas cria o Ministério da Educação e Saúde e promove um avanço na legislação social, buscando aumentar o centralismo estatal. Nesse período, surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's, com a idéia de seguro-saúde ligado à aposentadoria. Os IAP's eram organizados por ramos de atividade, financiados, também, de forma tripartite, e com regulação estatal, porém autônomos. A assistência médica continuou sendo prestada apenas aos trabalhadores formais. Esses Institutos possuíam seus próprios hospitais e ambulatórios e ainda contratavam serviços de estabelecimentos de saúde privados ou filantrópicos. Alguns desses estabelecimentos filantrópicos atendiam também as

famílias pobres e os indigentes. A assistência médica possuía o caráter de seguro social, sendo, também, chamada de medicina previdenciária e voltava-se, unicamente, para os grupos organizados de trabalhadores urbanos.

Rapidamente, os IAP's se expandiram, tornando-se estruturas políticas poderosas, cooptadas pelo governo federal, que mantinha os sindicatos sob seu intenso controle. Não se pode deixar de mencionar que o caráter populista e paternalista do governo Getúlio Vargas imprimiu sua marca nas estruturas sindicais recém criadas e em processo de consolidação.

Para Luz (apud NORONHA e LEVCOVITZ, 1995, p.75), "Dessa forma, na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado das instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica".

Esses sistemas de atenção médica apresentavam algumas limitações como, por exemplo, a não inserção dos trabalhadores informais e da agricultura, a diferença das estruturas de assistência médica entre as categorias profissionais (as categorias elitizadas contavam com estruturas superiores) e a falta de serviços adequados nas regiões rurais, visto que os IAP's eram estruturas prioritariamente urbanas. Essa fragmentação da classe trabalhadora na saúde impediu a luta coletiva pela proteção integral.

Nesse período, ocorreu uma cisão entre as propostas da saúde pública, de responsabilidade do Estado, e a medicina curativa, representada pelas instituições de assistência médica. De um lado, o governo passa a privilegiar as ações preventivas, e, de outro, as Santas Casas e os IAP's defendem a promoção do tratamento individual da doença.

No final da década de 50 e início de 60, como conseqüência do aumento do desemprego e a necessidade de saúde para todos, começa a ser alterada a concepção de saúde vinculada ao trabalho.

Após o golpe de 1964, e durante todo o período de ditadura militar, o governo autoritário foi marcado pela centralização dos serviços públicos, deixando os municípios sem nenhuma autonomia. Em 1966, ocorreu a unificação dos IAP's e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que era totalmente administrado pelo governo e financiado pelos empresários e trabalhadores.

Em 1978, são incorporados ao INPS os trabalhadores autônomos e os empregadores que contribuía individualmente. O dinheiro arrecadado, que passa a ser cada vez maior, não se juntava ao orçamento da União, podendo ser gasto sem autorização do poder legislativo e sem a devida fiscalização dos serviços públicos oferecidos, o que favorecia as fraudes e corrupções. Além disso, crescia a demanda nas instituições de assistência médica da

previdência social, o que ocasionava a contratação de serviços médicos e de estabelecimentos privados. Como o setor privado não contava com um número de estabelecimentos que atendesse toda a demanda do INPS, foi preciso ampliar a sua rede.

Boa parte da expansão desta rede foi financiada com recursos públicos oriundos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado em 1974 e formado por recursos oriundos das loterias Federal e Esportiva, bem como por saldos operacionais da Caixa Econômica Federal (CEF).[...]. Assim, boa parte da expansão da rede privada de serviços de saúde foi financiada por recursos públicos (MEDICI, 1997, p. 26).

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que vai influenciar de maneira decisiva as transformações no sistema de saúde brasileiro. A partir de uma reformulação do sistema, o INPS é desdobrado em três institutos: - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, destinado a prover a assistência médica aos segurados; o INPS, que continuou com a função de administrar os benefícios previdenciários; e o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social – IAPAS, destinado a arrecadar os recursos da previdência. Em novembro de 1977, todos esses institutos foram aglutinados no Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS.

A partir do descontentamento da população e de estudos e pesquisas que apontavam a fragilidade do modelo de desenvolvimento, e ainda caracterizavam o sistema de saúde adotado durante a ditadura militar, como centralizador, hierarquizado e, principalmente, ineficiente e irracional surge, na década de 70, o movimento sanitário<sup>2</sup>.

O movimento sanitário discutia os efeitos perversos do sistema implantado, sobre a saúde da população. E, através da união entre os movimentos sociais, sindicatos, professores, lideranças políticas e os próprios profissionais da saúde o movimento cresce e ganha visibilidade política e social. A sua característica principal é a construção da proposta de um novo modelo, o Sistema Único de Saúde – SUS, que deveria substituir os sistemas de saúde até então adotados pelo governo. O SUS caracteriza-se pela universalização e integralidade do atendimento, descentralização do poder de decisão, racionalidade, eficácia e eficiência na qualidade do serviço e democracia no sentido de garantir a participação popular nas decisões, principalmente através dos Conselhos de Saúde.

---

<sup>2</sup> O movimento sanitário surgiu entre os profissionais de saúde, denunciando a irracionalidade do sistema de saúde implantado pela ditadura militar, e os interesses envolvidos. O movimento também apresentou propostas construtivas através de um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

Essa nova proposta, chamada de Reforma Sanitária, que tinha por base a democratização da saúde começa a ser discutida em diversos fóruns, tanto entre o setor governamental, como entre organizações representativas da sociedade civil, ligadas ao setor saúde.

Mais tarde, com a criação do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, em 1982, foram implementadas as Ações Integradas de Saúde - AIS, na perspectiva da unificação dos serviços, buscando ações mais eficientes e eficazes através do repasse de recursos federais para os estados e municípios e de programas de atenção universal à saúde. Para Noronha e Levcovitz (1995, p.86):

As AIS viabilizaram concretamente a expansão da capacidade instalada da rede pública, sobretudo ambulatorial, e contribuíram para a articulação institucional, através da organização de comissões interinstitucionais de saúde; apesar de êxitos localizados em alguns municípios, não foram capazes de combater o paralelismo de ações, a multiplicidade gerencial e a centralização do poder decisório no âmbito federal.

Durante as últimas décadas, os sistemas de saúde, no Brasil, passaram por três grandes fases, segundo Médici (1997). A primeira foi entre 1967 e 1983, que ele denomina “Previdencialista”, em que somente os trabalhadores que contribuíam para o sistema de previdência social e suas famílias, estavam protegidos. A segunda fase vai de 1983 a 1988, quando o sistema passou por uma transição para o universalismo, e a terceira fase ocorre a partir de 1988, quando se cria uma nova estrutura, onde a sociedade política apresenta um sistema de saúde marcado pela universalidade e integralidade do atendimento.

Um marco na história da saúde, no Brasil, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que contou com cerca de 5000 pessoas, ocasião em que foi discutida a situação de saúde no país, e aprovado o Projeto de Reforma Sanitária, contendo, como características fundamentais: - a alteração e ampliação do conceito de saúde (entendendo que a saúde é determinada socialmente e está vinculada à qualidade de vida das pessoas e não apenas à ausência de doença); ampliação da responsabilidade social com a saúde; saúde vista como direito social, de cidadania e responsabilidade do Estado; a não mercantilização da saúde (não deve ser definida e determinada pelo mercado).

Em 1987, é criado, pelo governo federal, o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, que implementa algumas propostas do movimento sanitário, buscando, principalmente, a descentralização do sistema.

Logo depois, o Projeto de Reforma Sanitária foi levado à Assembléia Nacional Constituinte e aprovado quase em sua totalidade na Constituição Federal de 1988 – CF/88, que adotou a proposta do SUS. A CF/88 trata da saúde, do art. 196 ao art. 200, sendo o ponto mais importante a concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como o seu acesso universal e igualitário, além da sua inclusão no tripé da seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social. Porém a Lei Orgânica da Saúde só foi aprovada em 1990.

Por várias questões econômicas e políticas, principalmente devido ao caráter privatizante do Estado, o SUS ainda não conseguiu ser implementado na sua completude, porém suas diretrizes são o caminho para a melhoria do sistema de saúde no Brasil, conforme apontam pesquisas recentes<sup>3</sup>.

A Constituição deixa claro, também, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, que participará de forma complementar ao SUS. Foram definidas algumas condições para a contratação de serviços privados de saúde, em casos de insuficiência do setor público.

(...) a legislação não permite discriminações entre o público e o privado, e que, ao serem contratadas, as entidades privadas passam a incorporar o sistema, submetendo-se as normas técnicas administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, onde deve ser mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato (RECH, 1996, p.31-32).

Apesar do SUS ter sido regulamentado em 1990, sua implantação integral (respeitando suas diretrizes e a proposta real do sistema) não foi efetivada e o governo federal acabou atendendo aos interesses da iniciativa privada, como é evidenciado através do investimento e custeio desse setor, e a cada dia cede mais às pressões para a sua privatização.

Existe uma crise que vem da própria estrutura dos serviços de saúde no Brasil, e que aponta dois caminhos para as políticas de saúde: a privatização dos serviços, em que a maior parte da população estaria excluída do acesso à saúde e a luta pela manutenção do direito conquistado na CF/88, garantindo o acesso universal e igualitário.

No próximo item, será abordada essa relação complexa entre a saúde pública e privada no Brasil.

---

<sup>3</sup> Consultar a respeito as publicações recentes do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da UNICAMP.

## 2.2 A RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE PÚBLICA E PRIVADA

Para se falar da relação entre a saúde pública e privada é necessário que se evoquem os caminhos tomados pelas políticas públicas, no Brasil, que abriram espaço para a iniciativa privada.

Pode-se conceituar política pública como o resultado da negociação de valores e interesses e aparece como a interação entre Estado e sociedade. O Estado seria um “complexo de instituições” que organiza a comunidade política e concilia os interesses públicos e privados, concedendo autonomia aos poderes e instituições. O estabelecimento das políticas públicas passa por questões de interesse político, econômico e social, portanto, ela é de interesse da sociedade como um todo.

A privatização aparece como uma transferência de responsabilidade e controle de empresas do governo para o setor privado, fortalecendo e ampliando seu espaço de atuação. Com o crescimento da iniciativa privada e o enxugamento da esfera pública, a administração pública cada dia se situa mais próxima do modelo privado, apropriando-se, cada vez mais, da racionalidade do mercado.

Autores chamam a atenção para o fato de o Estado preservar seu papel, missão e objetivos, atendendo as necessidades da sociedade, antes de abrir espaço para os grupos privados. Essas políticas (desestatização) acabam tornando-se práticas governamentais, sem que haja discussão e sem respeitar o que está estabelecido com a sociedade. Por isso, podemos dizer que, no Brasil, existe uma distância entre o que está regulamentado em lei e o que é posto em prática no dia a dia.

A partir de 1970, foi identificado por pesquisadores um processo crescente de capitalização da medicina no Brasil. Nessa dinâmica o Estado centralizava as decisões através da disponibilidade de recursos para a área, ampliava a demanda por serviços médicos, financiava os investimentos e contratava os serviços da rede privada.

Após o período mencionado o Estado passa, portanto, a financiar e promover o crescimento do setor privado de saúde, como uma das estratégias para seu fortalecimento político. Foi a lógica centralista da ditadura militar que permitiu uma reforma institucional, afetando os modelos de saúde pública e medicina previdenciária até então adotados.

A valorização dos cuidados médicos individuais promoveu o crescimento da produção de atos médicos e exigências hospitalares e o setor público passou a financiar a construção de hospitais, laboratórios e serviços privados. Além do financiamento de investimentos físicos,

esse modelo de assistência médica permitiu a “garantia de custeio do funcionamento dos setores privados produtores de serviços de saúde e de equipamentos e insumos, construindo as bases do denominado ‘complexo médico-industrial’” (NORONHA e LEVCOVITZ, 1995, p.77).

Foi a partir do surgimento da medicina de grupo que a medicina privada se viu fortalecida no país. Tal fato permitiu que recursos previdenciários fossem investidos na compra de serviços de prestadores privados. Ocorreu, assim, a expansão da saúde privada, às expensas do setor público, através de grupos que viam, na atenção à doença, fontes seguras de lucro. A assistência privada ganha com a falência e crise da saúde pública. Portanto, torna-se interessante para alguns grupos que o sistema seja privatizado. A empresa privada aparece como alternativa de sustentação do setor público sob dois aspectos: o primeiro, suprimindo uma falha na atenção à saúde e o segundo, fornecendo a necessária sustentação político-ideológica ao governo militar. Segundo Laurell (apud Silva, 2002, p.707):

A deterioração progressiva dos serviços públicos acentuou o deslocamento da clientela usuária do SUS para as diversas modalidades de seguro privado. Esse movimento de mercantilização dos serviços de saúde vem sendo promovido pelo Estado através do desfinanciamento da seguridade social, quer diretamente através do corte nos gastos públicos, quer indiretamente através da política salarial e de emprego.

Portanto, apenas a mobilização da sociedade civil poderia fazer com que a Constituição fosse respeitada e a política pública de saúde garantida. A população aceita a contradição, pois paga pelos planos privados ao invés de lutar pelo direito à saúde gratuita, garantida por lei. Muitas vezes, os usuários não percebem que pagam duas vezes pela saúde. Além dos impostos e do desconto em folha de pagamento dos trabalhadores, verbas destinadas à saúde pública, muitas pessoas optam por pagar um plano de saúde privado, acreditando que terão atendimento garantido e de qualidade.

É clara a diferenciação, que a maioria das instituições de saúde faz, entre os usuários do SUS e aqueles que possuem planos de saúde privados. Pode-se dizer que, em muitos casos, ocorre uma discriminação negativa dos usuários do setor público. Profissionais da saúde acabam dando preferência aos convênios privados, pois a remuneração do ato médico é muito mais alta e o pagamento é mais rápido. Por outro lado, os usuários do setor privado são mais exigentes uma vez que estão pagando pelos serviços e vêem o atendimento de qualidade como um direito, ao contrário dos usuários do SUS, que recebem o atendimento à saúde como um favor, uma benesse do Estado.

Analisando essa desigualdade, podemos perceber a ligação entre as condições de saúde da população e o processo de desenvolvimento do sistema capitalista, que fomenta a competitividade do setor privado e acarreta a exclusão dos mais pobres de serviços de qualidade. Nesse sentido, pode-se considerar a saúde, “não apenas a resultante das condições de trabalho, habitação, educação, alimentação, lazer, etc. mas ao mesmo tempo, condições inerentes ao exercício de cidadania, de liberdade, como um processo que se constrói cotidianamente” (RECH, 1996, p.41).

O setor público compra os serviços de hospitais e clínicas privadas e o setor privado se expande, cada vez mais, através dos planos e seguros de saúde. No fim, o espaço público acaba sendo utilizado pela iniciativa privada, o que acarreta discriminação dos usuários públicos. Segundo Rech (1996, p.36), “As políticas de saúde no Brasil, e os serviços de saúde não atendem às reais necessidades de saúde da população brasileira, uma vez que está diretamente relacionada ao modelo político e econômico adotado. Modelo este, concentrador, e voltado cada vez mais para a classe privilegiada”. O acesso à saúde, no Brasil, não é reconhecido como direito, por isso, os benefícios são passados como doação.

O setor saúde possui estruturas de regulação tradicionais, no entanto, de acordo com algumas inovações mais recentes, a legislação do setor privado está sujeita ao controle e fiscalização do Estado<sup>4</sup>. Conforme Ribeiro (2001, p.409), a regulação pode ser vista “como um conjunto de políticas formuladas para obter resultados superiores do ponto de vista social nas relações internas às estruturas de governo e em sua relação com agentes no mercado”.

As relações contratuais entre os agentes contratantes e prestadores de serviços de saúde estão definidas em leis, normas e portarias, que fazem sua regulação. As relações entre os governos federal, estadual e municipal, por exemplo, são reguladas, basicamente, pela legislação do SUS e a Norma Operacional Básica – NOB/96. Entre os governos e os prestadores, a regulação é feita pela NOB/98 e a Instrução Normativa – IN/98. Já, entre as empresas privadas e os consumidores, os contratos devem estar orientados pela Lei nº 9656/98. No entanto, essas leis e normas foram transferidas para agências reguladoras e algumas atividades, passadas para o mercado com auto-regulação vigiada.

As agências reguladoras se configuram como uma das estratégias de regulação do setor saúde, em que ocorre uma duplicidade de funções entre instâncias governamentais, “com os procedimentos cotidianos de departamentos de diversos ministérios no governo federal, desencadeando superposição na fiscalização, penalização, avaliação, defesa de direitos e

---

<sup>4</sup> As inovações obedecem ou seguem as indicações de reforma do Estado, colocadas em prática a partir de 1990.

inúmeras práticas passíveis de enquadramento em uma política governamental de regulação setorial” (RIBEIRO, 2001, p.439)

O quadro 1, sistematizado por Ribeiro (2001), mostra as agências e os espaços existentes, que regulam as relações entre os níveis de governo e desses com o setor privado.

Quadro 1 – Resumo da política regulatória no setor saúde no Brasil

<b>Modelo regulatório</b>	<b>Planos, seguros, empresas de saúde</b>	<b>Indústria farmacêutica e de alimentos</b>	<b>Prestadores privados do SUS</b>	<b>Médicos</b>	<b>Transferências para estados e municípios</b>
Estatal Normativo e/ou Escalonado	Agência de Saúde Suplementar/MS: Superintendência de Seguros Privados (SUSEP)	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS)	Sistema Nacional de Auditoria (SNA)		Sistema Nacional de Auditoria (SNA)
	Autorizações para funcionamento; intervenção; perda de registro	Notificações, multas, suspensão, perda de licença e processos judiciais	Auditoria: processos judiciais		Auditoria: processos judiciais
Tripartismo	Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), através de Câmara de Saúde Suplementar		Conselho Nacional de Saúde (CNS): Comissão Intergestores Tripartite (CIT)		Conselho Nacional de Saúde (CNS): Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
	Resoluções		Resoluções: Norma Operacional Básica SUS-06		Norma Operacional Básica SUS-06
Auto-regulação contratada			Organização Nacional de Acreditação (ONA)		
			Manual de Acreditação Hospitalar		
Auto-regulação				Conselho Federal de Medicina (CFM)	
				Processos éticos: advertência e cassação de registro profissional	

Com a criação dessas agências reguladoras, houve uma diminuição do papel do Estado em relação ao fornecimento de serviços públicos e um processo de regulação que estimula a competição e inovação. Portanto, estão sendo transferidos “para entidades não-estatais o controle e a avaliação de processos que são do interesse de todos, deslocando o foco de cobrança do governo para a sociedade” (RIZZOTTO, 2000, p.210).

No próximo item, será abordada a relação entre as propostas do Banco Mundial ao setor de saúde, no Brasil, e as políticas adotadas pelo governo.

### 2.2.1 A interferência do Banco Mundial na política de saúde do Brasil

Nos anos 80 e 90, foi clara a influência de agências internacionais na agenda social do Brasil. O debate sobre a reforma do Estado e as políticas na área social altera a orientação das políticas públicas, fazendo com que o mercado ganhe cada vez mais espaço.

Nessa perspectiva, aparece o Banco Mundial, que fez seu primeiro acordo de empréstimo com o Brasil em 1949. A partir daí, as relações estabelecidas entre o Banco e o Brasil condicionaram as posturas político-ideológicas e econômicas adotadas pelos governos brasileiros.

No setor da saúde, até 2000, foram onze os projetos brasileiros com participação financeira do Banco Mundial, sendo que apenas um dos acordos estava voltado ao estudo de políticas nacionais de saúde. Os demais tinham o objetivo de melhorar as condições de vida, visando o aumento da produtividade. O primeiro acordo da saúde foi assinado em 1981. Porém:

Os acordos de empréstimo com maior aporte de recursos, no campo da saúde, são dos anos 90, quando é retomada no interior do Banco Mundial, de forma mais insistente, a discussão da questão da pobreza e a necessidade das reformas setoriais, momento também que o setor de saúde emerge, em nível mundial, como um mercado promissor para o investimento privado (RIZZOTTO, 2000, p. 149).

O Banco Mundial – BM aparece, orientando os países em desenvolvimento para a racionalização do gasto, mesmo onde os investimentos em programas de saúde já são escassos. O envolvimento do BM nas políticas de saúde tem o objetivo de apoiar os projetos de saúde que servem aos seus interesses, entre eles o de ampliar a missão do ajuste estrutural nos países em desenvolvimento. Nessa perspectiva, o BM defende a diminuição do papel do Estado e o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer o cuidado à saúde, extinguindo dos serviços públicos os procedimentos de alto custo, que deveriam ser comprados no mercado.

O Banco, ao encomendar e financiar estudos no Brasil, que deveriam apresentar sugestões para lidar com os desafios impostos pelo sistema de saúde adotado, colocava uma preocupação com os déficits fiscais e propunha a redução dos gastos do governo. Na realidade, o Banco Mundial participa, mais com diretrizes e orientações para as políticas nacionais do que com financiamento de programas e projetos que ampliem os serviços de

saúde no país. Porém, apesar da porcentagem do empréstimo ser pequena, o Banco se preocupa com a forma como o Estado está investindo na saúde, buscando uma aplicação da verba com maior eficiência. Para o Banco Mundial (apud RIZZOTTO, 2000, p. 150) “as realidades fiscais colidem com os sonhos de despesa alimentados pelo processo de democratização e pela Constituição de 1988”.

No documento “A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, de 1995, o Banco Mundial (apud RIZZOTTO, 2000) abre uma discussão sobre os planos privados de prestação de serviço de saúde no Brasil, mostrando as vantagens do investimento nesse setor, para a iniciativa privada.

O Banco propõe, ainda, uma diferenciação entre as funções do setor público e privado, sendo que o primeiro deveria regulamentar, promover e financiar parte dos gastos em saúde e o segundo ficaria com a prestação de serviços, garantindo maior eficiência e qualidade do que o setor público. O Banco Mundial coloca que a administração pública, no Brasil, é ineficiente e o setor público está mal orientado. Gasta-se muito com a prestação de serviços, que não é satisfatória, e pouco com a função de regulação, promoção e educação.

O questionamento dessa ‘autoridade’, no caso específico do Banco Mundial, pode ser feito em dois aspectos: primeiro, o diagnóstico que lhes dá suporte reflete apenas parte da realidade nacional, portanto, as conclusões a que chegam são passíveis de erros e possivelmente fragmentadas; segundo, suas propostas para a saúde gravitam em torno de questões econômicas e se subordinam aos programas de ajuste da economia e da estabilização fiscal, desconsiderando a demanda interna do setor, as conquistas sociais expressas na Constituição Federal de 1988 e, revelando uma descrença na possibilidade da existência de outro projeto, mesmo setorial, que não o da via única, o do consenso criado (RIZZOTTO, 2000, p.156).

As propostas colocadas pelo BM para a saúde, no Brasil, estão voltadas para a focalização e seletividade das ações do estado e privatização do setor. Dessa forma, quem tem condições pagaria por um sistema privado, com serviços de alto nível, e o Estado usaria os recursos arrecadados para a saúde em serviços básicos para os mais pobres.

O Banco Mundial coloca que as propostas da equidade e do acesso universal do SUS estão além da capacidade dos recursos do governo, e propõe reformas institucionais através de uma revisão constitucional.

Ao tratar da descentralização das decisões e da gestão da saúde no Brasil, o Banco defende que esta promova, também, a desresponsabilização do Estado, fragmentação dos serviços e co-responsabilização da sociedade pela gestão pública, através da participação da

comunidade. Existem alguns obstáculos à implementação da proposta de descentralização do SUS:

Num país onde o clientelismo se sobrepõe à ética política, onde a administração pública se subordina aos interesses privados, onde a organização coletiva e reivindicatória está fragilizada, ou até mesmo inexistente em cidades de médio e pequeno porte, o que tem ocorrido, neste processo de descentralização e municipalização do sistema de saúde, é a deterioração do setor em muitos municípios e a quebra da possibilidade de um padrão unitário de qualidade da assistência. Deterioração que ocorre tanto pelas questões políticas assinaladas, como pelas dificuldades econômicas e deficiências técnicas e operacionais locais, para diagnosticar, propor e/ou implementar políticas neste campo (RIZZOTTO, 2000, p.168-169).

O BM trabalha na perspectiva de uma agenda neoliberal<sup>5</sup>, em que o princípio da equidade está subordinado aos princípios da eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos. A idéia é que a redução do gasto público social com a ampliação da privatização racionaliza custos e aumenta a eficiência. Mendes (1999) trabalha um conjunto de medidas que classificam a racionalização pela via da demanda e pela via da oferta. O quadro 2 mostra as estratégias para contenção de custos através dessas medidas racionalizadoras.

Quadro 2 – Classificação de medidas para racionalização dos custos no setor de saúde

Racionalização pela via da demanda	Racionalização pela via da oferta
- Recuperação de custos e co-pagamento	- Implantação de mecanismos de controle orçamentário
- Estabelecimento de períodos de carência para acesso a determinados serviços	- Limitações na oferta de serviços (cestas básicas)
- Valorização de medidas de fomento e de prevenção para diminuir custos	- Criação de alternativas para a atenção hospitalar
- Mudanças nas formas de transferências dos recursos financeiros	- Acreditação e limitação do número de profissionais e instituições
- Subsídio à demanda	- Organização da oferta por meio de mix estatal/privado

As medidas citadas acima vão representar um impacto nos gastos e no controle de custos em todo o sistema de saúde.

As sugestões do Banco Mundial, apresentadas ao setor da saúde, batem de frente com os princípios da gratuidade, universalidade, integralidade e equidade, colocados nas diretrizes do SUS e na CF/88. Porém, grande parte das propostas colocadas pelo Banco começa a aparecer no discurso do governo brasileiro, inclusive nas políticas adotadas pelo próprio Ministério da Saúde - MS.

<sup>5</sup> Entende-se como agenda neoliberal a que alia a racionalidade econômica à racionalidade técnica, obrigando a redução da demanda e da oferta, buscando reduzir, também, os investimentos.

No documento “Informe sobre a Reforma do Setor Saúde no Brasil”, apresentado em 1995, e produzido pelo MS (apud RIZZOTTO, 2000), foram mencionadas algumas diretrizes políticas que deveriam servir de base para as modificações a serem feitas no setor. Dentre elas, está um processo de mudança cultural em que o cidadão deixa de ser paciente e se torna cliente do setor; um sistema público com maior capacidade técnica e administrativa; organização de um sistema privado bem regulamentado; maior competitividade entre o sistema público e privado, garantindo qualificação e regulação de gastos; entre outras.

Segundo Rizzotto (2000, p.196) “ao comparar as diretrizes apresentadas pelo Ministério da Saúde e as propostas do Banco Mundial para a reforma do setor de saúde brasileiro (...), encontram-se inúmeras semelhanças, isto para não afirmar que se constitui em uma resposta pragmática às críticas e recomendações daquela instituição”.

Fica evidente o interesse do governo em aproximar as políticas nacionais das propostas colocadas pelas agências capitalistas internacionais, buscando consolidar um respaldo político e garantir os empréstimos pleiteados.

Para exemplificar as políticas do MS que se aproximam das orientações do BM, seguindo a proposta de reforma do Estado, RIZZOTO (2000, p.211) cita:

a criação de subsistemas de saúde dentro do SUS; o incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; a transferência de funções do Ministério da Saúde para as agências reguladoras e organizações não estatais; a reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde ou ainda; a criação de programas como o PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o PSF – Programa Saúde da Família, dirigidos para as populações mais pobres.

A política econômica adotada no Brasil impõe algumas conseqüências para o setor de saúde, como a redução orçamentária, a remuneração inadequada dos servidores públicos, restrições na manutenção, investimento e inovação nos aparatos públicos. Todos esses fatores implicam a crise na saúde pública, na qual fica visível a falta de qualidade nos serviços prestados, filas de espera para atendimento e o difícil acesso da maior parte da população.

Isso fortalece a expansão do setor privado, principalmente a partir dos anos 90, quando ocorre a mercantilização da saúde e a atenção médica passa a ser vista como mercadoria. Aqui, o setor privado já possui autonomia no financiamento, crescem os seguros-saúde privados e multiplicam-se as empresas de saúde. O consumidor passa a estar no mercado e não mais no setor público.

No próximo item, será feito um levantamento de como se configura o setor privado de saúde no Brasil, denominado saúde suplementar, e através de que instrumentos são regulados.

### 2.2.2 A saúde suplementar e sua regulamentação

Assistência médica suplementar é uma expressão amplamente utilizada. Pela classificação de “suplementar”, pode-se entender que “existe um serviço público de caráter obrigatório e é permitida a opção de pagar um seguro privado, a despeito da manutenção da obrigatoriedade da contribuição para o seguro social” (BAHIA, 2001, p.325).

A dinâmica da relação público-privado, explicada anteriormente favoreceu, de forma inequívoca a ampliação dos planos de saúde, o que foi favorecido, também, pela ampliação de uma demanda originária da extinção do Instituto Nacional de Medicina Previdenciária – INAMPS. O desaparecimento do INAMPS, e a conseqüente migração dos trabalhadores que eram por ele atendidos para o SUS, acarretou uma sobrecarga ao sistema que não foi absorvida, tendo como resultado a queda, ainda maior, na qualidade dos serviços que já vinham sendo prestados precariamente. Essa situação favoreceu sobremaneira a busca por alternativas de atenção à saúde, destacando-se entre estas, os planos privados.

Muitos autores trabalham a existência de quatro modalidades de empresas médicas: os planos próprios da empresa (autogestões); a medicina de grupo; as cooperativas médicas e as seguradoras.

Os planos de autogestão das empresas se caracterizam pela assistência direta das empresas e contribuição das mesmas para o financiamento do plano. Durante os anos 90, houve algumas mudanças, como “o aumento da participação dos empregados no custeio dos planos, a restrição dos critérios de elegibilidade de dependentes e a utilização do copagamento para o consumo dos denominados pequenos riscos (consultas médicas, às vezes exames) que objetivam a redução do consumo ‘desnecessário’ de serviços médicos” (BAHIA, 2001, p.345). Alguns exemplos de planos próprios de empresas são a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Cassi e o Grupo Executivo de Assistência Patronal – GEAP.

As medicinas de grupo foram criadas por proprietários ou sócios de hospitais, a partir das alterações nas relações entre grupos médicos, empresas médicas e o Estado. A expansão

dessa modalidade de empresas se deu pelo credenciamento de provedores de serviços e não com investimentos em serviços próprios. A maior parte dos clientes (57,7%) está concentrada em São Paulo.

No final dos anos 80, as atividades são diversificadas e ocorre um processo de associação ou criação de seguradoras pelas grandes medicinas de grupo. “Outras iniciativas, como a construção, aquisição e reforma de unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, bem como as empresas de transporte aéreo, terrestre e de cuidados domiciliares para clientes parecem apontar para a conformação de redes mais integradas de cuidados e assistência médica” (BAHIA, 2001, p.347). Como exemplo dessa modalidade, podemos citar a Amil e Golden Cross.

Em relação às cooperativas médicas, a criação das UnimedS “está marcada pela vinculação com entidades profissionais dos médicos e a oposição às medicinas de grupo” (BAHIA, 2001, p.348). A sua base empresarial se deu a partir dos consultórios de profissionais e da oferta de planos individuais e coletivos, que possuem cobertura de assistência ambulatorial e internação, através do credenciamento de hospitais e centros de diagnóstico. Hoje as UnimedS possuem maior abrangência nacional do que as medicinas de grupo, embora ainda fiquem em segundo lugar em número de clientes.

As seguradoras possuem menor número de clientes e são a modalidade mais recente no mercado de planos e seguros-saúde. O surgimento das seguradoras trouxe à tona o debate sobre a necessidade de regular as empresas do ramo, sob a ótica de instituições financeiras. Bahia (2001) coloca que as seguradoras podem se distinguir pela origem do capital e vínculo, podendo contar com capital de origem privada e nacional, privada nacional e estrangeira, e mista. As principais seguradoras em atividade no Brasil são a Sul América, Bradesco Seguros e Golden Cross Seguradora.

A tabela a seguir mostra os números de clientes e preços praticados pelas quatro modalidades empresariais da saúde suplementar.

Tabela 1 – Estimativa dos preços médios dos planos e seguros-saúde – Brasil 1997/98

Modalidade empresarial	Faturamento/Prêmio (em bilhão)	Número de clientes (em milhão)	Preços dos planos	
			Anual	Mensal
Medicina de grupo	3,94	18,3	215,30	17,94
UnimedS	3,50	10,7	327,99	27,33
Autogestão	4,59	8,0	573,75	47,81
Seguradora	4,00	5,0	800,00	66,67
Total	16,03	41,9		

Fontes: Abramge e Susesp (apud BAHIA, 2001, p.342).

Em relação ao percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde, o Brasil apresentava, em 1998, 24,45% da população total. Desse total, 17,50% dos beneficiários estavam localizados na região norte, 12,39% no nordeste, 33,30% no sudeste, 25,32% no sul e 22,50% no centro-oeste (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2002a). Porém, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, realizada em 1998, mostrou que existem 29 milhões de pessoas cobertas por planos privados de saúde, colocando em dúvida os números e porcentagens que têm sido fornecidos pelo próprio setor.

Desde a década de 60, houve várias tentativas de regulamentação do setor privado de saúde, porém, somente trinta anos depois aparecem normas que regulam a oferta dos planos de saúde privados.

*A primeira tentativa de regulamentação de planos privados de saúde ocorreu em 1996, com o Decreto-lei n. 73, sobre seguros privados. Essa tentativa, no entanto, não teve êxito porque o Decreto n. 60.459/67 (regulamento do decreto anterior) não estabeleceu qualquer norma de fiscalização desses planos (RAMOS, apud DUARTE, 2001, p.363).*

Apesar do crescimento do número de empresas e clientes de planos e seguros-saúde privados, a partir dos anos 80, nem a CF/88 nem a Lei Orgânica da Saúde/90 se preocuparam com a regulação do setor. Surgem, então, algumas iniciativas, principalmente após a divulgação na imprensa, de problemas com coberturas de planos e direitos do consumidor, para a elaboração de instrumentos jurídicos voltados à assistência médica suplementar. Porém, a regulamentação avançou mais no âmbito político do que no operacional.

Finalmente, em 03 de junho de 1998, é promulgada a Lei Nº 9656, que cria normas, procedimentos e padrões para o setor privado que opera planos ou seguros de assistência à saúde. Vale lembrar que, até então, os consumidores procuravam o PROCON para as reclamações de abusos cometidos pelas empresas privadas. Logo em seguida, foi baixada a Medida Provisória Nº 1665, que criou o Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU, para regulamentar a lei nos pontos que ficaram em aberto.

Os dirigentes da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – Abramge defendem que a regulamentação dos planos e seguros de saúde põem em risco o setor privado, pois as empresas de medicina de grupo e as cooperativas médicas têm custo muito altos e não teriam como atender as obrigações impostas pela lei. O ônus da manutenção do plano de saúde seria

maior que a capacidade operacional e financeira da maioria das empresas em atividade no Brasil.

Já, os dirigentes da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização – Fenaseg defendem que essa regulamentação tem a qualidade de garantir os direitos do consumidor. A Fenaseg critica as sucessivas Medidas Provisórias, que alteraram a lógica da Lei Nº 9656, inserida no princípio da garantia dos direitos do consumidor, com informação completa das condições do contrato e cobertura de todas as doenças.

As Medidas Provisórias fizeram com que algumas imposições da lei deixassem de ser obrigatórias, permitindo a diferenciação dos contratos por faixa etária na tentativa de obrigar o consumidor a substituir o contrato antigo pelo novo, que é mais caro.

Em janeiro de 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cuja missão é “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país” (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2002b).

Porém, muitos mecanismos e normas para controle e fiscalização das operadoras de planos e seguros-saúde ainda precisam ser construídos.

## 3 COOPERATIVISMO E O SISTEMA UNIMED

### 3.1 OS PRINCÍPIOS COOPERATIVISTAS

Para discorrer sobre os princípios cooperativistas, é necessário, inicialmente, contextualizar o surgimento da concepção cooperativa e a sua materialização prática.

O pensamento socialista utópico, que surge no período da industrialização, século XVIII e XIX, contribuiu para a formação da concepção cooperativa, através dos fundamentos de justiça, solidariedade e uma organização social com a repartição mais justa da riqueza. Os principais personagens da corrente liberal dos socialistas utópicos, que influenciaram o pensamento cooperativista, são Robert Owen, François Fourier, Philippe Buchez e Luis Blanc, considerados os precursores do cooperativismo.

Com a revolução industrial, os grandes empresários capitalistas passaram a ditar as regras e condições de trabalho do proletariado. As cooperativas surgem, então, como alternativa a essas empresas e como forma de sobrevivência econômica.

O cooperativismo, como movimento internacional, visa corrigir as distorções sócio-econômicas do capitalismo e do comunismo na medida em que valoriza o trabalho e não o capital, preservando a iniciativa privada e socializando os resultados, a partir do princípio de que é o homem que gera riquezas e dela tem o direito de participar (RECH, 1996, p.11).

Portanto, o cooperativismo está fundamentado em princípios, que formam um conjunto de normas éticas, as quais podem ser aplicadas em diversos setores, transcendendo os modelos políticos.

Em 1844, 28 operários de uma fábrica em Rochdale, Inglaterra, uniram-se e decidiram criar um sistema econômico próprio, que fugisse dos preceitos capitalistas. A iniciativa representou um marco para o cooperativismo moderno, e, até hoje, os “Princípios de Rochdale” funcionam como base do cooperativismo. Os princípios estão pautados na gestão democrática, livre adesão, número ilimitado de associados, distribuição do excedente líquido, taxa limitada de juros ao capital, neutralidade política e religiosa e desenvolvimento e educação dos cooperados (RECH, 1996).

Em 1895, foi fundada a Aliança Cooperativa Internacional – ACI, um órgão representativo mundial, que promove o intercâmbio entre as cooperativas.

De acordo com a *Declaração sobre a Identidade Cooperativa*, formulada pela ACI, “uma cooperativa é uma associação de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, através de uma empresa de propriedade comum e democraticamente gerida” (VALADARES, 2001, p.10).

Os princípios cooperativos, de acordo com a ACI (apud Valadares, 2001, p.11), podem ser observados no quadro 3.

Quadro 3 – Os princípios cooperativos

<b>1º Princípio: Adesão Voluntária e livre</b>
As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizarem, os seus serviços e dispostas a assumirem as responsabilidades como membros, sem discriminações de sexo, sociais, raciais, políticas ou religiosas.
<b>2º Princípio: Gestão Democrática Pelos Membros</b>
As cooperativas são organizações democráticas controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Os homens e as mulheres eleitos como representantes dos outros membros são responsáveis perante estes. Nas cooperativas de primeiro grau os membros têm igual direito de voto (um membro, um voto), e as cooperativas de grau superior são também organizadas de forma democrática.
<b>3º Princípio: Participação Econômica dos Membros</b>
Os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Pelo menos parte desse capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Os membros recebem, habitualmente, e se a houver, uma remuneração limitada ao capital subscrito como condição da sua adesão. Os membros afetam os excedentes a um ou mais dos seguintes objetivos: desenvolvimento das suas cooperativas, eventualmente através da criação de reservas, parte das quais, pelo menos, será indivisível; benefício dos membros na proporção das suas transações com a cooperativa; apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.
<b>4º Princípio: Autonomia e Independência</b>
As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas pelos seus membros. Se estas firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia das cooperativas.
<b>5º Princípio: Educação, formação e informação</b>
As cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos, dos dirigentes e dos trabalhadores de forma a que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral - particularmente os jovens e os líderes de opinião - sobre a

natureza e as vantagens da cooperação.
<b>6º Princípio: Intercooperação</b>
As cooperativas servem de forma mais eficaz os seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, através das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.
<b>7º Princípio: Interesse pela Comunidade</b>
As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades através de políticas aprovadas pelos membros.

Segundo Valadares (2001), a evolução do cooperativismo brasileiro está marcada por duas tendências. A primeira, que vai do final do século XIX até a década de 70, está pautada nos princípios de Rochdale, e a segunda tendência, a partir da década de 70, adota modelos empresariais mais dinâmicos, mesclando a economia solidária com a racionalidade empresarial.

Foi a partir da liberdade de associação, assegurada pela Constituição Republicana de 1891, que surgem, no Brasil, as primeiras cooperativas, principalmente no setor de consumo. Alguns exemplos são: - a Associação Cooperativa dos Empregados da Companhia Telefônica, em Limeira, SP (1891); a Cooperativa Militar de Consumo do Rio de Janeiro (1894), entre outras.

O Decreto 22.239, promulgado pelo governo federal em 1932, normatiza “a constituição e o funcionamento das cooperativas, facilitando e simplificando a sua fundação e isentando-as de uma série de impostos” (VALADARES, 2001, p.15). Mais tarde, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA se tornou o órgão responsável pela regulamentação das cooperativas.

As cooperativas são normatizadas por lei específica, porém também estão sujeitas às leis e normas próprias de cada segmento da qual fazem parte. No Brasil, as cooperativas são representadas pela Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB que, segundo seu estatuto, reformulado em 2001, caracteriza-se como:

sociedade civil, de natureza privada, sem fins lucrativos, de duração indeterminada, com sede e foro na Capital Federal, tendo o seu exercício social coincidente com o ano civil, é o órgão máximo de representação, controle, registro e cadastramento do Sistema Cooperativo Brasileiro, nos termos da legislação vigente (ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS, 2002).

A CF/88, no seu Art. 5º, XVIII, coloca que “a criação de associações e, na forma de lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu

funcionamento” (BRASIL, 1988). Isso permitiu que o cooperativismo brasileiro conquistasse sua autonomia.

O sistema cooperativista é gerido através da autogestão, onde os próprios cooperados mantêm e administram a cooperativa. A assembléia geral é o órgão máximo de decisão dentro da cooperativa, na qual são tiradas as deliberações que devem ser assumidas e respeitadas por todos os cooperados.

A Lei 5.764, de dezembro de 1971, define a Política Nacional de Cooperativismo e institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, estabelecendo que a constituição de uma cooperativa Singular, aquela que atua em âmbito municipal, se dá a partir da associação de, no mínimo, vinte pessoas. Para se constituir uma Federação de Cooperativas, cuja atuação se dá em âmbito estadual, são necessárias três cooperativas singulares, e, finalmente, para se constituir uma Confederação, que atua em âmbito federal, são necessárias três ou mais federações (SOARES, 2001).

Entre as décadas de 60 e 80, o desenvolvimento do cooperativismo, no Brasil, se deu a partir de quatro segmentos principais, sendo eles, as cooperativas de consumo, de crédito, habitacionais e de trabalho. A tabela 2 mostra os segmentos e números das cooperativas que se desenvolveram no Brasil.

Tabela 2 – Número de cooperativas, cooperados e empregados, por segmento  
Base: 31 de dezembro de 1998

Segmentos	Nº de Cooperativas	Nº de Cooperados	Nº de Empregados
Agropecuário	1.408	1.028.378	107.086
Consumo	193	1.412.664	8.017
Crédito	890	825.911	5.800
Educacional	193	65.818	2.330
Energia e Telecomunicações	187	523.179	5.161
Especial-escolar	4	1.964	6
Habitacional	202	46.216	1.226
Mineração	15	4.027	24
Produção	91	4.372	35
Saúde	585	288.929	15.443
Trabalho	1.334	227.467	5.057
Total	5.102	4.428.925	150.185

Fonte: OVB/DETEC/Banco de Dados (apud VALADARES, 2001, p.18)

A tabela apresentada acima mostra que os segmentos que possuem maior número de cooperativas são o agropecuário e o de trabalho. No entanto, o ramo da saúde, representando as cooperativas de médicos, também vêm mostrando um crescimento significativo.

No próximo item, será feito um levantamento histórico da criação e crescimento do sistema Unimed, que se constituiu a partir das Cooperativas de Trabalho Médico Unimed.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA UNIMED

No final da década de 60 e início da década de 70, foram criadas, no Brasil, condições propícias para o surgimento do setor privado de saúde. Mendes (apud DUARTE, 2001), coloca que, com a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS, e do Plano de Pronta Ação – PPA, ambos de 1974, houve um fortalecimento do setor privado através do estabelecimento de contratos e convênios com o setor público, garantindo ao primeiro, capital fixo, reserva de mercado e nenhuma competitividade.

Nesse contexto, em 18 de dezembro de 1967, em Santos – SP, surge a primeira Cooperativa de Trabalho Médico – Unimed, a partir da mobilização de dirigentes do sindicato da categoria, que buscavam uma alternativa para o trabalho médico autônomo e a prestação de serviços de saúde à sociedade. Segundo o presidente da Confederação Nacional das Unimeds, e um dos fundadores da Unimed, Edmundo Castilho: “Em 1967, em Santos, nós criamos a primeira UNIMED, baseados no fato de que nós não queríamos a mercantilização, nós queríamos a ética, o respeito aos usuários. E definimos o atendimento em consultório, (...), socializando meios e mantendo as características liberais” (DUARTE, 2001, p.371).

A Unimed caracteriza-se como um sistema cooperativo de trabalho médico liberal e ético, fundado e dirigido por médicos.

A filosofia cooperativista que norteia o estabelecimento e o funcionamento da Unimed resume-se na busca incessante e incansável de exercício ético e liberal da medicina. Mantendo o controle de sua profissão em mãos, os médicos receberão a justa remuneração que merecem, propiciando à sociedade assistência médica ética, de boa qualidade e a um custo compatível (AKAMINE apud DUARTE, 2001, p.371).

O sistema Unimed engloba os médicos cooperados, as singulares (Unimeds com áreas de atuação exclusivas, autônomas entre si), a Federação e a Confederação das Unimeds. É a

maior cooperativa de trabalho médico do mundo, com forte presença nacional. Existem 366 cooperativas singulares no Brasil, ocupando cerca de 80% dos municípios do território nacional. São 90 mil cooperados, 11 milhões de usuários e 16 mil empregos diretos (FUNDAÇÃO UNIMED, 2002). O sistema conta com a adesão de 41% dos médicos e cobre cerca de 7% da população total do país.

Para viabilizar o bom desempenho de algumas de suas funções, a cooperativa médica foi criando organismos que prestam serviços complementares à sua atividade fim<sup>6</sup>, e diversificaram sua estrutura organizacional, criando um complexo empresarial com várias entidades jurídicas interligadas.

Segundo a Fundação Unimed, o Complexo Empresarial Cooperativo “é constituído por todas as Unimeds do país e diversas empresas criadas para oferecer suporte a elas, por meio de serviços desenvolvidos para agilizar e aperfeiçoar ainda mais o nosso atendimento” (FUNDAÇÃO UNIMED, 2002).

Duarte (2001, p.371) faz uma divisão desse Complexo em dois sistemas. O primeiro seria o Sistema Multicooperativo, e o segundo, o Sistema Empresarial:

*A – O Sistema Multicooperativo congrega:*

- O sistema Unimed – cooperativas de trabalho médico;
- O sistema Unicred – cooperativas de economia e crédito mútuo;
- As cooperativas Usimed – cooperativas de consumo, para os usuários do Sistema Unimed.

*B – O Sistema Empresarial abrange instituições não cooperativistas, representadas por empresas de capital com o objetivo de lucro e uma fundação sem fins lucrativos. São elas:*

- A Unimed Participações;
- A Unimed Seguradora;
- A Unimed Corretora de Seguros;
- A Unimed Administração e Serviços;
- A Fundação Centro de Estudos Unimed;

---

<sup>6</sup> A atividade fim da Unimed pode ser considerada como a abertura de novas oportunidades de trabalho ao médico cooperado, a partir da comercialização de planos de saúde individuais ou familiares que englobam um conjunto de serviços de assistência médica e hospitalar, onde os clientes podem ser pessoas jurídicas ou pessoas físicas.

- A Unimed Sistemas;
- A Unimed Produtos e Serviços Hospitalares; e
- A Unimed Tecnologia, Comércio, Indústria e Serviços Ltda.

No Sistema Multicooperativo, além do sistema Unimed, mencionado anteriormente, existe a Unimed, voltada ao crédito mútuo para médicos cooperados, empregados e outros, e a Usimed, que funciona como uma rede de farmácias, promovendo, também, assistência de outros profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, etc.

Em relação ao Sistema Empresarial, Braga (2001, p.37) consegue explicar, de forma clara e sintética, as áreas de atuação das instituições citadas.

A face empresarial explicita-se com a Unimed Participações Ltda. que é a holding do Sistema Empresarial com as funções de investir e controlar as demais empresas de capital do grupo. A Unimed Seguradora S.A. atua nos ramos de seguro de vida, previdência e saúde, neste último caso, visando os médicos cooperados e os dirigentes das empresas contratantes do sistema Unimed. Pois sem essa restrição, estaria concorrendo com os planos de saúde vendidos pelas cooperativas de trabalho médico. A corretora de seguros Unimed dedica-se a colocar no mercado os produtos da seguradora. Para unificar os sistemas de apoio à contabilidade, controladoria, recursos humanos, compras e administração de patrimônio existe a Unimed Administração e Serviços. A Fundação Centro de Estudos Unimed se dedica à venda da idéia de cooperativismo, evidentemente com destaque para o Complexo Unimed: atua na área de formação e ensino. A Unimed Sistemas atua no desenvolvimento de produtos e serviços relacionados à organização e tecnologia da informação. A Unimed Produtos e Serviços Hospitalares permanece restrita à área de compras de medicamentos, material de consumo, equipamentos e 'ferramentas' para apoio tecnológico na administração e treinamento de pessoal, atividades estas direcionadas para o próprio Sistema Unimed. Por fim, existe a Unimed com o objetivo de produzir o sistema de transmissão de dados entre as federações de Unimeds e por Unimeds singulares, incluindo, segundo Maria Cristina Rabelais Duarte, 'a produção de máquina leitora de cartões de usuários e da implantação e gerência de um sistema de transmissão de informações a ser realizado via satélite'.

Os conceitos e princípios desse Complexo encontram-se descritos na *Constituição Unimed*, que foi revisada em 1994<sup>7</sup>.

Através de uma trajetória de muitas negociações e disputas, os líderes e fundadores do sistema Unimed tentaram mobilizar a categoria, a fim de garantir a prática profissional autônoma, com condições de competir no mercado de trabalho. A intenção tem sido de manter os médicos com o controle de todo esse conjunto de atividades que formam o Complexo Unimed, caracterizado pela mistura de cooperativas e empresas capitalistas.

<sup>7</sup> Pode ser encontrado maior detalhamento dos sistemas mencionados na obra de Duarte (2001).

A constituição do Complexo Multicooperativo Empresarial Unimed demonstra como, ao longo do tempo, um grupo específico de uma categoria profissional definiu estratégias de ampliação de poder, criando uma organização de dimensões consideráveis, revestida das idéias e princípios cooperativistas, à qual estão submetidas inclusive empresas regidas sob os princípios do capitalismo clássico (DUARTE, 2001, p.369).

Analisando o Sistema Unimed, hoje, podemos perceber que se trata de um sistema multicooperativo perpassado pela lógica econômica do capitalismo empresarial.

As principais características encontradas na estrutura da Unimed são a autonomia dos médicos em relação ao seu processo de trabalho e a descentralização, evidenciada na autonomia das singulares, que é característica das organizações cooperativas.

No próximo item, será apresentado um breve histórico da Unimed Florianópolis e uma discussão sobre a importância do cliente para a cooperativa, situando o Departamento de Atendimento ao Cliente e a área onde foi desenvolvida a prática de estágio.

### 3.3 A UNIMED FLORIANÓPOLIS E O DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

A primeira cooperativa médica de Santa Catarina nasceu em 1971, a partir da necessidade de uma empresa em prestar assistência médica aos seus funcionários. Baseada na experiência de Santos, logo surgem as singulares em Florianópolis, Blumenau e Joinville. Em 1982 foi criada a Federação das Unimeds de Santa Catarina, na cidade de Joinville.

A Unimed Florianópolis foi criada em 30 de agosto de 1971, com iniciativa de 20 médicos da capital, destacando-se, entre os fundadores, Júlio Cordeiro, Murilo R. Capella e o primeiro presidente da singular, Antonio Moniz de Aragão. Surgiu a partir do ideal cooperativista e com o apoio da Associação Catarinense de Medicina – ACM. Foi chamada, inicialmente, de SANMED, porém, por já haver outra marca de produto com essa denominação, teve que alterar para MEDSAN e, mais tarde, passou a se chamar definitivamente UNIMED, compondo o sistema nacional. O primeiro contrato foi assinado em 1972 com o Fundo de Previdência Parlamentar - JPALESC. Em 1985, foi adquirida a primeira sede própria e o sistema já havia conquistado a credibilidade da população atendida.

A Unimed Florianópolis é uma cooperativa sem fins lucrativos e com fins econômicos, que visa dar remuneração mais justa aos médicos e melhores condições de trabalho, proporcionando assistência médica de qualidade por um preço justo e acessível à classe intermediária entre o particular e o SUS. É aberta a todos os médicos que queiram se cooperar, o paciente pode ser atendido no consultório pelo médico escolhido, e possibilita o atendimento à população em geral. A Unimed está voltada a uma boa qualidade dos serviços prestados, facilitando ao usuário obter um atendimento mais rápido e especializado.

A Unimed Florianópolis é integrada por 19 municípios catarinenses. São eles:

-Florianópolis, Angelina, Alfredo Wagner, Biguaçu, Garopaba, Nova Trento, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz, São João Batista, Tijucas, Águas Mornas, Anitápolis, Antônio Carlos, Canelinha, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, São Bonifácio e São José.

No quadro abaixo, extraído em 22/03/2002 do endereço eletrônico ([www.fpolis.unimedsc.com.br](http://www.fpolis.unimedsc.com.br)), pode ser visualizado o perfil numérico da Unimed Florianópolis, com o número de clientes, médicos cooperados, hospitais, clínicas e laboratórios credenciados e cooperados.

Quadro 4 – O perfil da Unimed Florianópolis.

<b>Perfil numérico da Unimed Florianópolis</b>	
Clientes	170.419
Médicos Cooperados	1.364
Hospitais Credenciados	24
Clínicas Cooperadas	184
Clínicas Credenciadas	59
Laboratórios Cooperados	13
Laboratórios Credenciados	34

A diferenciação entre as instituições citadas acima como credenciadas ou cooperadas pode ser definida da seguinte forma: as clínicas e laboratórios credenciados são aqueles que possuem pelo menos um médico cooperado da Unimed como sócio e pagam uma taxa administrativa para a cooperativa. Já, nas clínicas e laboratórios cooperados, todos os sócios são médicos cooperados e a instituição paga uma cota única para se tornar cooperada da Unimed. Os hospitais são apenas credenciados e estão isentos da taxa administrativa.

A relação entre a Unimed e o cliente é de cunho mercantil, de compra e venda de produtos, estando incluídas as consultas, exames complementares e internações clínicas e cirúrgicas, com acomodação em quartos coletivos ou apartamentos, dependendo do tipo de plano.

A Unimed comercializa, basicamente, dois tipos de planos, os de pré-pagamento e os de custo operacional.

Nos planos de pré-pagamento, o cliente, que pode ser tanto pessoa física quanto pessoa jurídica através das empresas, paga uma quantia mensal e, a partir do vencimento das carências de cada item do contrato, ele pode ter acesso aos serviços, sem gasto adicional e sem limite de utilização. Esse tipo de plano oferece um risco para a cooperativa, uma vez que o gasto do usuário pode ser maior do que o valor pago por ele. Porém, existe um cálculo feito a partir de bases estatísticas, que permite a administração desse plano sem que haja prejuízo para a Unimed.

Já, os planos de custo operacional, que englobam 75% dos clientes da Unimed Florianópolis, são feitos apenas por pessoas jurídicas. Neles o cliente paga apenas pelo que utiliza e as empresas em que trabalham são responsáveis pela administração das carências e pelo repasse dos custos para seus funcionários. A limitação e a racionalidade do plano se origina na contenção da demanda, não propriamente do cliente em si, mas a partir da própria empresa. Nesse tipo de plano, não há riscos para a Unimed, pois esses passam a ser da empresa contratante.

A relação direta entre a Unimed Florianópolis e o cliente é estabelecida pelo Departamento de Atendimento ao Cliente. Os processos e as atividades do Departamento de Atendimento ao Cliente estão vinculados a seis itens: autorização, intercâmbio, informação, reclamações, atendimento ao cliente interno e atendimento à empresa. O setor utiliza, como indicadores de desempenho, o controle do grau de satisfação do cliente, tempo de espera para atendimento, número de ligações perdidas e as reclamações. O organograma desse Departamento pode ser visualizado no anexo A.

A prática de estágio, apesar de estar vinculada a esse Departamento, privilegiou o contato feito com o cliente internado nos hospitais e clínicas da grande Florianópolis, independente dele estabelecer contato com o setor ou não.

Devido ao fato de grande parte dos serviços serem prestados em hospitais públicos, foram levantadas algumas questões relevantes para a análise da prática realizada.

Culturalmente, foi desenvolvida a idéia de que o setor privado é bom e presta serviços de qualidade e o setor público é ineficiente e não tem qualidade. No entanto, muitas vezes, as

peças pensam que estão pagando por um plano completo e perfeito e, na hora de utiliza-lo, deparam-se com uma profunda deficiência, que também permeia o sistema Unimed. O fato da Unimed prestar serviços em órgãos públicos faz com que o cliente, muitas vezes, se decepcione com o não cumprimento das promessas feitas no momento da compra do plano, além de não poder escolher o item a que tem direito.

A falta de leitos, de funcionários e de recursos materiais dentro dos hospitais públicos gera a insatisfação de muitos clientes, que procuram a Unimed ou o órgão de defesa do consumidor, o PROCON, para reclamar. Porém, na maioria das vezes, esse cliente não recebe um retorno da empresa, que encontra dificuldades para lidar com o sucateamento das instituições públicas, uma vez que depende da estrutura delas para prestar alguns dos serviços comercializados através dos planos.

Ainda assim, pode-se perceber que o consumidor desse sistema recebe um tratamento de saúde privilegiado em relação à população usuária do sistema público.

No tópico seguinte, serão colocadas: a pesquisa realizada com os clientes da Unimed internados em hospitais e clínicas de Florianópolis e uma proposta de intervenção para o serviço social, buscando a humanização do atendimento prestado a esse cliente.

## 4 A PRÁTICA DE ESTÁGIO E A PESQUISA REALIZADA

A prática de estágio, além de ser uma exigência curricular dos cursos de graduação, possui um sentido pedagógico no qual a formação profissional está ligada à capacitação do aluno para o exercício da profissão, a partir da relação que se estabelece entre a teoria e a realidade concreta.

Entendendo que a função do estágio não pode ser vista como uma prestação de serviços especializados:

(...) o desafio central consiste então em processar-se os elementos históricos e conceituais ministrados e aprofundados no conjunto das várias disciplinas do curso e seletivamente atualizá-los e aprofundá-los, na busca de explicações e encaminhamentos práticos a situações reais e experiências cotidianas, em suas manifestações singulares, esboçando a possibilidade de elucidá-las e sugerir criativamente possíveis formas de enfrentamento, no âmbito profissional (SILVA, [199?], p.150).

Portanto, a compreensão dessa prática, enquanto qualificação para o exercício profissional, implica “a reflexão conceitual, acerca do contexto sócio-institucional em que se efetiva a prática de Serviço Social, buscando-se a configuração da problemática objeto-intervenção, cujo desvelamento certamente iluminará a descoberta de novas estratégias e a orientação das ações, no contexto profissional” (SILVA, [199?], p.150).

Nesse sentido, a prática de estágio de Serviço Social, realizada na Unimed Florianópolis, buscou compreender e identificar as situações vividas pelos clientes internados em hospitais e clínicas da grande Florianópolis.

A prática realizada teve como diretriz o *Projeto Humanização no Atendimento Hospitalar*, formulado em 1999, pela assistente social Silvia Wallner, do setor de desenvolvimento cooperativista da Unimed Florianópolis. Esse projeto propõe como um de

seus objetivos, “proporcionar ao usuário da Unimed de Florianópolis um atendimento diferenciado, ampliando seu nível de satisfação na utilização do serviço hospitalar” (WALLNER, 1999, p.1).

A humanização no atendimento hospitalar passa por questões como a atenção e o cuidado com o paciente, pois essas categorias interferem diretamente na sua recuperação. O direito de ser tratado com respeito e dignidade humana adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere aos aspectos técnicos, e de acolhimento, orientação, encaminhamento dos doentes. Esse direito abrange, ainda, as condições das instalações e equipamentos, que devem proporcionar o conforto e o bem-estar requeridos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra.

Deve-se buscar, também, o conceito de qualidade de vida como avaliação subjetiva do paciente, não se limitando à sua condição de saúde e às intervenções médicas, mas preocupando-se com a capacidade do indivíduo de viver plenamente. Qualidade de vida, aqui, pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK, 2001, p.3).

Foi nessa perspectiva que se definiram os objetivos e a metodologia da pesquisa realizada durante o estágio.

#### 4.1 A PESQUISA E SEUS OBJETIVOS

A pesquisa foi realizada com os clientes da Unimed (incluindo outras singulares além de Florianópolis), internados em treze instituições credenciadas à Unimed Florianópolis. Dentre elas, encontram-se sete hospitais públicos, cinco clínicas particulares e um hospital de caráter filantrópico, que, para análise dos dados coletados, será incluído no estudo das instituições privadas.

Os objetivos da pesquisa foram:

- Identificar o nível de satisfação do cliente entrevistado;
- Realizar um levantamento das problemáticas vividas pelos clientes dentro do hospital;

A partir dos objetivos citados acima espera-se como contribuições da pesquisa:

- Estabelecer um canal de comunicação entre a Unimed e o cliente internado;
- Contribuir para a garantia dos direitos dos clientes em relação aos serviços prestados dentro do hospital.

#### 4.2 A METODOLOGIA DA PESQUISA

A metodologia utilizada para esta pesquisa foi do tipo qualitativo, que, segundo Triviños (1987), é compatível com o tema do estudo em questão e permite analisar, não só os aspectos objetivos, mas, também, os aspectos subjetivos, como, por exemplo, a percepção das pessoas envolvidas.

A pesquisa pode ser classificada também, quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto a sua finalidade, a presente pesquisa pode ser considerada descritiva e intervencionista. A pesquisa descritiva é aquela que procura descrever as características de determinado fenômeno, estabelecendo correlações entre as suas variáveis. Segundo Gil (1994, p.46):

As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também as mais solicitadas por organizações como instituições educativas, empresas comerciais, partidos políticos etc.

Já, a investigação intervencionista busca interferir na realidade estudada, para modificá-la (VERGARA, 1998).

Quanto aos meios, foi realizada a pesquisa de campo, participante, e pesquisa-ação. A pesquisa de campo, de acordo com Vergara (1998, p.45), é a “investigação empírica, realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo”. Portanto, a utilização desse tipo de pesquisa se concretiza através de instrumentos como entrevistas e aplicação de formulários. A pesquisa participante e a pesquisa-ação estão caracterizadas pelo envolvimento dos pesquisadores e pesquisados no processo de pesquisa. Para Vergara (1998, p.47), “a pesquisa-ação é um tipo particular de pesquisa participante que supõe intervenção participativa na realidade social”.

Contudo, a delimitação da tipologia da pesquisa quanto aos seus fins e meios, caracteriza a forma como será desenvolvida a pesquisa como um todo.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram o formulário e a entrevista. O formulário pode ser considerado como um meio termo entre o questionário e a entrevista, porém, aqui, as respostas são dadas oralmente pelo pesquisado e é o pesquisador quem as assinala. Para esta pesquisa, o formulário utilizado foi elaborado pela própria instituição onde ocorreu a prática de estágio, no caso, a Unimed Florianópolis, sem que houvesse alterações por parte do pesquisador. (Anexo B).

A entrevista é realizada com a presença física dos envolvidos, o pesquisador faz as perguntas e o entrevistado responde oralmente. Vergara (1998) aponta três tipos de entrevista, informal, focalizada, e por pautas. Nesta pesquisa, as entrevistas foram realizadas por pautas, em que “o entrevistador agenda vários pontos para serem explorados com o entrevistado. Tem maior profundidade” (VERGARA, 1998, P.53).

Os pontos abordados durante as entrevistas desta pesquisa estavam relacionados ao formulário aplicado, porém, buscou-se uma relação de aproximação e atenção com os entrevistados, levando em consideração a situação de fragilidade em que se encontravam, como pacientes internados em hospitais.

Segundo Miotto (1999), “a forma como os instrumentos são utilizados pelos profissionais condiciona a qualidade técnica da ação profissional”.

A pesquisa contou com uma variável do número de entrevistados, visto que cada hospital visitado possuía uma demanda diversificada. O período considerado na pesquisa é de maio a dezembro de 2001. Porém, em relação ao período considerado, a estimativa é de 1553 entrevistados.

No próximo item, serão apresentados os resultados alcançados através dos dados coletados e a sua relação com os objetivos da pesquisa.

#### 4.3 RESULTADOS ALCANÇADOS

Os dados coletados estão sendo utilizados pela Unimed Florianópolis, que procura avaliar a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, visando a satisfação do cliente internado. Neste trabalho, os dados serão apresentados de acordo com o instrumento utilizado para sua coleta.

Os formulários possibilitaram medir a satisfação através de dados quantitativos. Na tabela 3, é possível observar uma média do índice de satisfação dos clientes internados, de acordo com os itens contidos no formulário. Foi feita uma divisão entre as instituições públicas e privadas, procurando-se estabelecer uma comparação entre os diferentes prestadores de serviços.

Tabela 3 – Média do nível de satisfação dos clientes Unimed internados (valores medidos em porcentagem).

<b>Níveis</b>	<b>Instituições públicas</b>	<b>Instituições privadas</b>
MS	13,47	27,07
SAT	54,64	40,68
INS	4,66	1,77
NU	16,86	15,88

Fonte: Elaboração própria.

A tabela apresentada acima faz uma média da porcentagem adquirida através da aplicação dos formulários em sete instituições públicas e seis instituições privadas. Foram considerados os itens: alimentação, assistência médica, atendimento Unimed, estacionamento, exames, instalações, medicamentos, recepção e internação, rouparia, serviço social, serviços de fisioterapia, serviços de imagem, silêncio e ventilação. O índice de satisfação foi medido a partir dos níveis: MS – Muito Satisfeito; SAT – Satisfeito; INS – Insatisfeito; NU – Não Utilizado.

Antes de analisar os dados da tabela 3, é necessário compreender que existe uma variação entre os itens de cada instituição, ou seja, o cliente pode estar mais satisfeito com a assistência médica, por exemplo, em uma clínica do que em outra, mesmo que as duas sejam privadas. Também podemos ressaltar a questão do nível NU – Não Utilizado, que está geralmente vinculado aos itens de serviço social, serviços de fisioterapia, e estacionamento.

Os índices apresentados, apesar da variabilidade de cada item e da possibilidade de uma margem de erro, mostram, principalmente, a diferença entre as instituições públicas e privadas no que se refere aos níveis MS – Muito Satisfeito, e INS – Insatisfeito. As instituições públicas apresentam um índice muito maior de insatisfação dos clientes internados. Já, as instituições privadas apresentam alto índice de clientes muito satisfeitos com os serviços prestados em geral.

A partir das entrevistas, o segundo instrumento utilizado para coleta de dados, foram selecionadas as questões que aparecem com maior frequência na fala dos clientes internados pela Unimed. O conteúdo colhido através das entrevistas realizadas será apresentado no quadro 5.

Quadro 5 – Principais questões levantadas pelos entrevistados

<b>Instituições públicas</b>	<b>Instituições privadas</b>
<i>Reclamações</i>	<i>Reclamações</i>
- insuficiência de funcionários e falta de cuidado e atenção com o paciente;	- alguns exames essenciais para a cirurgia não são autorizados pela Unimed;
- faltam cobertores e roupas de cama, assim como toalhas de banho;	- falta informação sobre o plano da Unimed;
- faltam medicamentos;	- demora no atendimento da Unimed;
- alimentação ruim, em relação à higiene e ao preparo;	- o barulho externo e de obras internas incomoda bastante e alguns pacientes não conseguem dormir;
- faltam leitos em apartamentos privativos.	- o processo de internação (autorização) é burocrático.
<i>Elogios</i>	<i>Elogios</i>
- muitos clientes estão satisfeitos com o atendimento da Unimed, elogiando este trabalho de acompanhamento na internação;	- muitos clientes estão satisfeitos com o atendimento da clínica e da Unimed;
- alguns clientes elogiaram o atendimento do posto do Kobrasol;	- muitos clientes estão satisfeitos com a cobertura do plano;
- alguns médicos são elogiados.	- alguns médicos são elogiados.

O quadro acima apresenta as questões principais e mais freqüentes levantadas pelos entrevistados. A diferenciação feita entre os hospitais públicos e os privados tem o propósito de explicitar as dificuldades encontradas para garantir os direitos dos clientes de uma empresa privada, no caso a Unimed, que utiliza a estrutura de uma instituição pública.

No quadro 5, fica visível a falta de estrutura e material básico dentro dos hospitais públicos e o despreparo dos funcionários para lidar com o paciente.

Porém, é importante compreender que, para o cliente da Unimed, a efetivação dos serviços prometidos no ato de assinatura do contrato, independe da situação vivida pelos prestadores de serviços credenciados à cooperativa. Isso traz à tona a complexa relação entre o setor público e privado na área da saúde, mostrando a necessidade de maior aprofundamento nessa discussão.

Analisando as questões levantadas pelos clientes internados nas instituições privadas, é possível perceber que as principais reclamações estão voltadas à burocracia na relação cliente/empresa e à falta de informação sobre os planos. Portanto, nesse caso, trata-se de um problema externo ao prestador de serviço e interno da Unimed Florianópolis.

Quanto aos elogios, esses relacionam-se basicamente ao atendimento, tanto da instituição quanto da Unimed. Alguns médicos também foram citados e elogiados pelos clientes.

Em relação aos objetivos da pesquisa, os resultados podem ser visualizados da seguinte forma:

- O nível de satisfação do cliente entrevistado foi identificado através dos formulários aplicados e podem ser observados na tabela 3;
- O levantamento das problemáticas vividas pelos clientes dentro do hospital foi realizado através das entrevistas e pode ser visualizado no quadro 5;

Após a realização da pesquisa, as contribuições esperadas se apresentaram da seguinte forma:

- O canal de comunicação entre a Unimed e o cliente internado foi estabelecido através das entrevistas e visitas realizadas, que ocorreram de forma periódica e aleatória em relação aos clientes entrevistados, exceto nos casos em que o próprio cliente entrou em contato com a empresa, solicitando a visita. Dentro das possibilidades de tempo e acesso da estagiária ao cliente, o objetivo foi atingido;
- Em relação à contribuição para a garantia dos direitos dos clientes, foi possível, em algumas situações, intervir junto ao hospital, conseguindo-se, por exemplo, a transferência de quarto, quando solicitada pelo cliente, aquisição de material que faltou, além da busca por informações sobre a instituição, o médico e o tipo de plano da Unimed que o cliente possui.

No entanto, a principal contribuição esperada da pesquisa e da prática de estágio, ou seja, desenvolver alternativas para melhoria dos serviços prestados aos clientes da Unimed, internados em hospitais e clínicas da grande Florianópolis, com a perspectiva de humanização do atendimento, estará sendo trabalhada no próximo item, através de uma proposta de intervenção para o Serviço Social.

#### 4.4 UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O SERVIÇO SOCIAL

A partir dos resultados obtidos com a pesquisa e o estágio realizado, aliado à intencionalidade em melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados e garantir os direitos do cliente, presente na diretoria da Unimed, apresentamos algumas sugestões para serem apreciadas pela instituição na busca da humanização do atendimento e aperfeiçoamento dos serviços prestados.

Primeiramente, sugere-se a contratação de um profissional de Serviço Social, para estabelecer e manter, de forma contínua, sistemática e planejada a comunicação entre os clientes e a Unimed, traçando, para tanto, um plano de trabalho consistente e que permita uma avaliação permanente do trabalho desenvolvido.

Um plano dessa natureza teria como objetivo central garantir o nível máximo de satisfação dos clientes, tendo em vista que o número de clientes vem tendo um crescimento constante, o que pode, a curto prazo, se não forem tomadas algumas medidas, levar a uma massificação do atendimento, prejudicando o conceito positivo que a Unimed vem mantendo.

Um outro resultado positivo da manutenção de um profissional seria, a partir do contínuo fluxo de informações, a viabilidade do desencadeamento de ações efetivas que, reduziriam os atritos e possíveis demandas de cunho mais severo e prejudicial ao nome da Unimed.

Do lado do usuário, a ação profissional favoreceria um ponto de referência efetivo, transmitindo-lhe maior tranquilidade e confiança, tanto para expor suas demandas relativas ao processo saúde-doença como as relativas aos aspectos jurídicos e administrativos decorrentes de seu plano de saúde.

Os problemas mais frequentes levantados pelos clientes internados, descritos no item anterior, deixam clara a necessidade de serem trabalhadas alternativas que visem a melhoria da qualidade dos serviços prestados, buscando a humanização no atendimento.

Nesse sentido, utilizando o resgate realizado por Costa (2000, p.45-46)<sup>8</sup> das ações profissionais e articulando com as demandas dos clientes da Unimed, visualizamos alguns eixos de trabalho que deveriam ser desenvolvidos.

1. Ações de caráter emergencial – consideradas situações fora da rotina hospitalar ou demandas urgentes que exigem uma ação imediata do assistente social, como, por

<sup>8</sup> Embora a sistematização de Costa sobre a ação profissional tenha ocorrido no interior do SUS, pontos comuns são encontrados nas ações desenvolvidas junto a estabelecimentos privados.

exemplo, as situações em que os clientes entram em contato com a Unimed, solicitando algum tipo de material ou informação que faltou no hospital em que ele está internado;

2. Educação e informação em saúde – é feita sob a perspectiva de ações de natureza sócio-educativas, privilegiando a informação e o esclarecimento dos clientes, para que esses possam buscar a garantia dos seus direitos. As ações também terão um caráter de acolhimento e apoio sócio-institucional, através do qual o cliente é acolhido pela cooperativa e pode ter acesso aos serviços oferecidos. Aqui ocorrem as orientações e abordagens individuais aos clientes internados, durante a visita hospitalar;
3. Planejamento e assessoria – está ligado à realização de ações voltadas para o processo de reorganização do trabalho, buscando a instrumentalização dos processos de avaliação e controle das ações. Através do fornecimento de informações sistematizadas e de apoio pedagógico e técnico, seria possível, junto aos diretores e administradores da Unimed, avaliar e redirecionar as ações realizadas.

Todas essas ações implicam documentação, planejamento e pesquisa da realidade trabalhada, pois esses são elementos subsidiários para desenvolver a ação profissional.

Segundo o Art. 4º da Lei nº 8.662, que regulamenta a profissão de assistente social, “Constituem competência do assistente social: VII – planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais” (BRASIL, 2001).

Além das ações profissionais citadas acima, também seria fortemente trabalhada a questão da humanização no atendimento hospitalar, incluindo as ações a serem realizadas em conjunto com os funcionários dos hospitais e alguns projetos visando integrá-los nesta proposta. A partir dos princípios colocados na Cartilha dos Direitos do Paciente, anexo C, podem ser criadas estratégias que atinjam tal objetivo.

Para efetivar a proposta aqui colocada, seria necessária a contratação de um profissional de Serviço Social, conforme indicado anteriormente, a manutenção de dois estagiários e os recursos físicos fundamentais para o desenvolvimento do trabalho, como uma sala para reuniões da equipe, informatização do setor, acesso à rede interna da Unimed e transporte para as visitas mensais aos hospitais de outros municípios, credenciados à Unimed Florianópolis.

É importante ressaltar que, para a Unimed Florianópolis, a efetivação dessa proposta significaria um salto significativo na relação entre a cooperativa e o cliente que compra e utiliza os serviços comercializados através do seu plano de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do trabalho evidenciou que a escolha do objeto de estudo e da perspectiva adotada foi relevante, tendo em vista as informações que foram resgatadas e serviram de subsídios empíricos para a análise e sua atualidade nas discussões recentes sobre o atendimento na área da saúde.

A importância de refletir sobre o sistema Unimed vem em decorrência da expansão do setor privado na atenção à saúde, no Brasil, sendo as cooperativas médicas uma das estratégias que resguarda, ainda que no espaço mercantil, uma postura pautada nos princípios cooperativistas.

Um fato evidenciado foi a utilização, por parte do setor privado, de instalações hospitalares públicas, o que, dada a precariedade das mesmas devido a falta de investimentos governamentais, vem reduzindo a qualidade proposta nos contratos da Unimed.

Outro destaque deste trabalho foi a elaboração da proposta de intervenção para o profissional de Serviço Social, que buscou apresentar os eixos de trabalho a serem desenvolvidos, bem como a importância desse profissional para atuar no atendimento ao cliente internado, criando um outro espaço de atuação do Serviço Social dentro da Unimed Florianópolis.

Em relação aos objetivos da monografia, podemos observar que o processo histórico que fundamenta a relação entre o público e o privado no setor de saúde, possibilitou a compreensão dessa relação, particularizando-a no sistema Unimed, ressaltando-se os princípios cooperativistas. Quanto aos dois últimos objetivos pretendidos, que dizem respeito aos possíveis espaços de intervenção do profissional de Serviço Social e a necessidade desse profissional para trabalhar no atendimento à demanda de clientes internados que se apresenta à Unimed Florianópolis, procurou-se fazer uma proposta de intervenção para o Serviço

Social, apresentando os campos de atividades a serem desenvolvidas pelo assistente social, que estaria vinculado ao Departamento de Atendimento ao Cliente.

O presente trabalho procurou contribuir, de modo significativo, para a compreensão da relação estabelecida entre a saúde pública e privada, evidenciando as situações vividas pelos clientes da Unimed dentro dos hospitais públicos, e buscando elaborar alternativas para que a demanda apresentada seja atendida.

Mesmo considerando que os objetivos da monografia tenham sido atingidos, verificou-se, no decorrer da pesquisa realizada, algumas limitações. Uma das limitações, está ligada à complexidade do tema ao tratar da relação entre o público e o privado no setor de saúde, que dificultou uma análise mais profunda e detalhada a partir do resgate histórico apresentado no primeiro tópico.

Outra limitação, aparece na falta de profundidade ao discutir a utilização, de uma instituição pública, para internação dos clientes de uma empresa privada. Porém, aqui se evidenciou a escassez de fontes bibliográficas que tratassem especialmente dessa questão.

Diante das limitações apresentadas acima, sugere-se outros estudos em instituições do setor público, visando compreender as relações de poder e a burocracia existente, assim como os interesses envolvidos na relação entre as instituições públicas de saúde e os planos e seguros-saúde privados.

Outra sugestão é que se estude o cumprimento das cláusulas contratuais por parte dos planos privados de saúde, a partir de uma análise dos contratos e verificação da sua efetivação ou não.

Por fim, em relação à Cooperativa de Trabalho Médico Unimed – Florianópolis, recomenda-se o aprimoramento das ações hoje desenvolvidas por estagiárias de Serviço Social, através da contratação de um profissional, que seja vinculado ao Departamento de Atendimento ao Cliente, visando contribuir para a humanização do atendimento ao cliente internado.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Cobertura de sistemas de saúde suplementar**. Disponível na Internet <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/f16.htm>>. Acesso em março 2002a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível na Internet <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em março 2002b.

ALMEIDA, Célia. Novos Modelos de atenção à saúde: bases conceituais experiências de mudança. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (org.). **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90, p.69-97. Rio de Janeiro : Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 1996.

AUGUSTO, M. H. O.; COSTA, O. V. Entre o público e o privado: a saúde hoje no Brasil. In: **Tempo Social**. Revista de sociologia da USP. São Paulo, v.11, n. 2, out. 1999.

BAHIA, Ligia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas (org.). **Brasil**: radiografia da saúde, p.325-361. São Paulo : UNICAMP/IE, 2001.

BODSTEIN, Regina Cele de A. Inovações na análise de políticas no campo da saúde. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (org.). **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro : Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 1996.

BRAGA, José Carlos de Souza; SILVA, Pedro Luiz Barros. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas (org.). **Brasil**: radiografia da saúde, p.19-42. São Paulo : UNICAMP/IE, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1998.

BRASIL. Lei n. 8662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social. **Conselho Regional de Serviço Social 12ª Região**, Coletânea de Leis, Florianópolis, 2 ed. p.27-35, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori. Saúde e qualidade de vida. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (org.). **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro : Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 1996.

COHN, Amélia. Notas sobre o estado, políticas públicas e saúde. In: GERSCHMAN, Silvia (org.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização, p.101-113. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1997.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, Cortez, n.62, p.35-72, mar. 2000.

COSTA, Nilson do Rosário. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo : Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. O Banco Mundial e a política social nos anos 90: a agenda para a reforma do setor saúde no Brasil. In: COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes (org.). **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro : Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 1996.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho Unimed. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas (org.). **Brasil**: radiografia da saúde, p.363-393. São Paulo : UNICAMP/IE, 2001.

FLECK, Marcelo P. de Almeida. **O desenvolvimento do WHOQOL**. Disponível na Internet <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em abril 2001.

FUNDAÇÃO UNIMED. **Complexo empresarial cooperativo**. Disponível na Internet <<http://www.fundacaounimed.com.br>>. Acesso em março 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo : Atlas, 1994.

MEDICI, André Cezar. **A dinâmica do setor saúde no Brasil**: transformações e tendências nas décadas de 80 e 90. Santiago de Chile : Naciones Unidas, 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo : Hucitec, 1999.

MIOTO, Regina Célia Tomaso. **Meios/instrumentos e técnicas de trabalho no serviço social**. Florianópolis, PET-SS/CSE/UFSC, 20-21 set. 1999. Palestra ministrada aos estudantes do curso de serviço social.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R.(org.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABRASCO, 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS. **Estatuto**. Disponível na Internet <<http://www.ocb.org.br>>. Acesso em: Abril 2002.

RECH, Oliva. **A importância das ações do serviço social na Unimed:** uma perspectiva educativa. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1996.

REIS, Carlos Octávio Ocké. Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas (org.). **Brasil: radiografia da saúde**, p.395-406. São Paulo : UNICAMP/IE, 2001.

RIBEIRO, José Mendes. Regulação e contratualização no setor saúde. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NEGRI, Barjas (org.). **Brasil: radiografia da saúde**, p.409-443. São Paulo : UNICAMP/IE, 2001.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90:** um projeto de desmonte do SUS. Tese de doutorado para saúde coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2000.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. et al. **Algumas características do setor privado de saúde de Salvador, Bahia, Brasil.** Disponível na Internet <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em abril 2002.

SILVA, Maria Dulce. **O estágio na formação profissional:** elementos para análise. [s.l. : s. n.], [199?]. p.147-153.

SOARES, Kelly Mattos. **O serviço social na Unimed:** uma proposta de humanização do atendimento prestado (Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.

VALADARES, José Horta. **Cooperativismo.** Florianópolis, jun. 2001. Apostila. (programa de capacitação de coordenadores – Unimed Florianópolis)

VIANA, Ana Luíza. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: GERSCHMAN, Silvia (org.). **A miragem da pós-modernidade:** democracia e políticas sociais no contexto da globalização, p.201-210. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1997.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 2 ed. São Paulo : Atlas, 1998.

WALLNER, Silvia. **Projeto humanização no atendimento hospitalar.** Florianópolis, Unimed Florianópolis, 1999. 3f. (projeto do setor de Desenvolvimento Cooperativista).

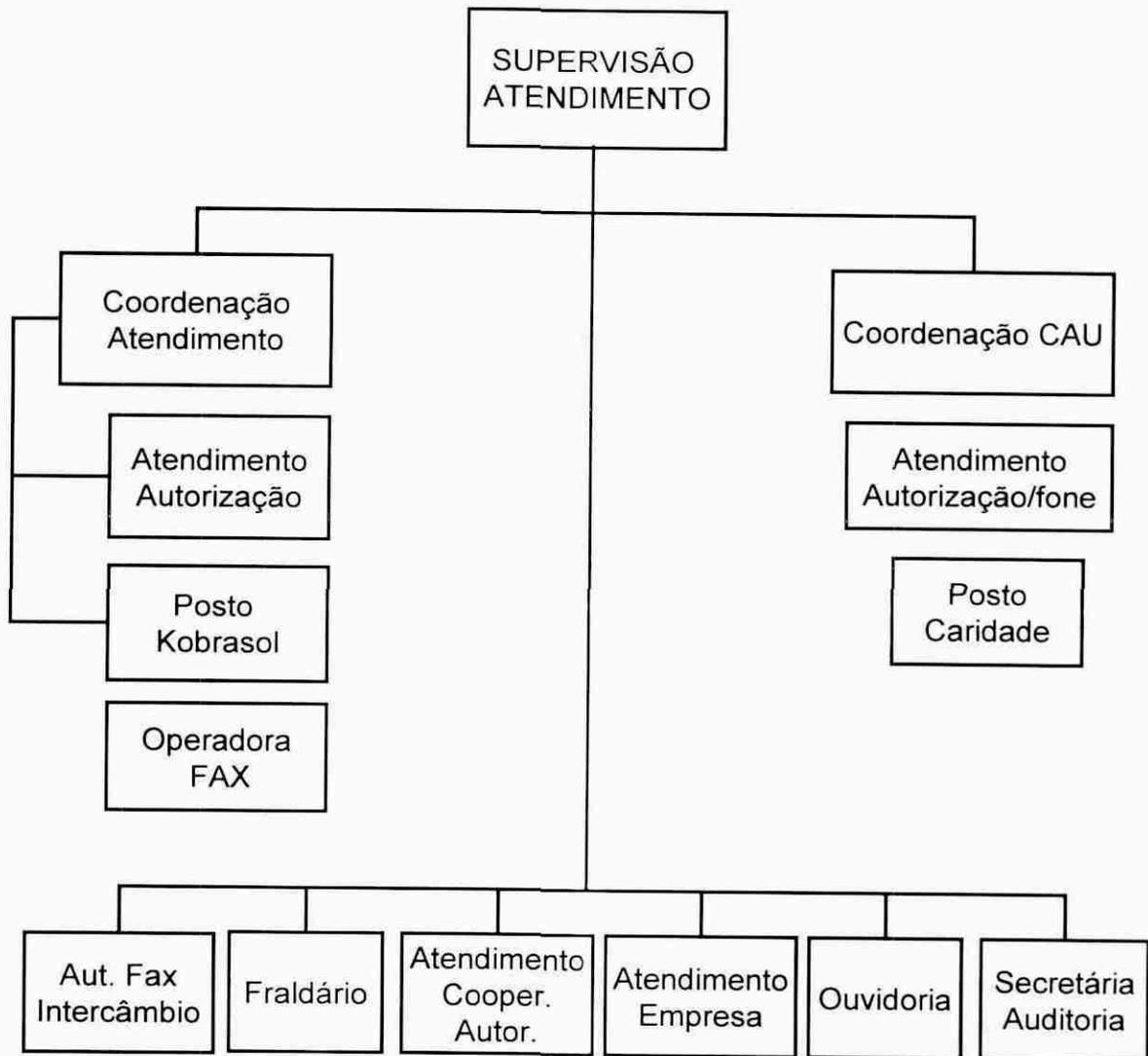
## ANEXOS

## ANEXO A – ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



### Departamento de Atendimento Cliente

#### ORGANOGRAMA



**Avaliação da Qualidade do Serviço Hospitalar**

Nome		Idade	Sexo
Médico	Especialidade	Hospital/Clinica	

Este questionário tem a finalidade de avaliar o grau de satisfação do cliente Unimed, bem como a qualidade dos serviços prestados nos hospitais e clínicas conveniadas a Unimed.

**1. RECEPÇÃO E INTERNAÇÃO**

Rapidez no atendimento e cordialidade dos funcionários:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**2. SERVIÇOS DE IMAGEM**

Cordialidade da equipe, apidez no atendimento dos chamados:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**3. INSTALAÇÕES**

Higiene e limpeza; conforto; aparência do prédio; apartamentos; quartos; corredores, etc.:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**4. ASSISTÊNCIA MÉDICA**

Qualidade do atendimento do médico e tempo de espera para ser atendido:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**5. ALIMENTAÇÃO**

Apresentação, quantidade, qualidade, temperatura, atenção da equipe:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**6. EXAMES**

Radiologia, ECG, Laboratoriais, outros exames:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**7. SERVIÇO DE FISIOTERAPIA**

Cordialidade da equipe e rapidez no atendimento:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**8. SILÊNCIO**

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**9. VENTILAÇÃO**

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**10. ROUPARIA**

Qualidade, higiene, troca:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**11. MEDICAMENTOS**

Troca, atendimento:

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**12. ESTACIONAMENTO**

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**13. SERVIÇO SOCIAL**

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**14. ATENDIMENTO UNIMED**

- Muito Satisfeito     Insatisfeito  
 Satisfeito     Não utilizado

**COMENTÁRIOS OU SUGESTÕES:**


---



---



---



---

## EM DEFESA DA SAÚDE

**“O paciente tem o dever de zelar pela própria saúde. Deve ter sempre consigo seus documentos e levar para as consultas os exames, radiografias e todo o material que auxilie o diagnóstico. Deve anotar todas as reações e dúvidas que surgirem durante o tratamento. O paciente tem o dever de participar do seu tratamento, promovendo assim uma saúde melhor para todos.”**

Como Deputado e Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor da Assembléia Legislativa, chama-me atenção o nível de deficiência de informação do cidadão em relação aos seus direitos básicos.

Com certeza absoluta se a população conhecesse mais seus direitos saberia melhor exigir respeito e dignidade nos vários momentos em que é ignorada e humilhada por quem na prática deveria servir, vez que é remunerado para tanto.

Creio ser importante divulgar através desta cartilha direitos tão fundamentais como estes, para que possam ser conhecidos e exigidos. Acredito que esta cartilha é um serviço no exercício da cidadania.

Florianópolis, 26 de junho de 2000.

**Deputado Jaime Duarte**

*Presidente da Comissão de  
Direitos Humanos e Defesa do Consumidor*

## Em Contato Conosco

A Comissão de Direitos Humanos e Defesa do Consumidor é um instrumento no parlamento catarinense a serviço da cidadania. Você pode utilizar este espaço para encaminhar pleitos, reclamações e sugestões.

### Entre em contato conosco:

**Assembléia Legislativa do  
Estado de Santa Catarina**

**Comissão de Direitos Humanos  
e Defesa do Consumidor**

**Rua Jorge Luiz Fontes, 310 sala 22  
CEP 88020-900 – Florianópolis/SC**

Também é possível fazer contato através do:  
Fax (0xx48) 221 2736 ou através do:  
e-mail: [jaime@alesc.sc.gov.br](mailto:jaime@alesc.sc.gov.br)  
Mais informações: (0xx48) 221 2735

## Direitos do Paciente

1

O paciente tem direito a atendimento humano, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde. Tem direito a um local digno e adequado para seu atendimento.

2

O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.

3

O paciente tem direito a receber do funcionário adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.

4

O paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com o nome completo, função e cargo.

5 O paciente tem direito a consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta (30) minutos.

6 O paciente tem direito de exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, ou descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção.

7 O paciente tem direito de receber explicações claras sobre o exame a que vai ser submetido e para qual finalidade irá ser coletado o material para exame de laboratório.

8 O paciente tem direito a informações claras, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, sobre as ações diagnosticadas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia, se existe necessidade de anestesia, qual o instrumental a ser utilizado e quais regiões do corpo serão afetadas pelos procedimentos.

9 O paciente tem direito a ser esclarecido se o tratamento ou o diagnóstico é experimental ou faz parte de pesquisa, e se os benefícios a serem obtidos são proporcionais aos riscos e se existe probabilidade de alteração das condições de dor, sofrimento e desenvolvimento da sua patologia.

1 O paciente tem direito de consentir ou recusar a ser submetido à experimentação ou pesquisas. No caso de impossibilidade de expressar sua vontade, o consentimento deve ser dado por escrito por seus familiares ou responsáveis.

1 O paciente tem direito a consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados e deve consentir de forma livre, voluntária e esclarecida com adequadas informações. Quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado.

1 O paciente tem direito de revogar o consentimento anterior, a qualquer instante, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

1 O paciente tem o direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo a qualquer momento. Este prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica e demais relatórios e anotações clínicas.

1 O paciente tem direito a ter seu diagnóstico e tratamento por escrito, identificado com o nome do profissional de saúde e seu registro no respectivo Conselho Profissional, de forma clara e legível.

1 O paciente tem direito de receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde.

1 O paciente tem o direito de receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara e com data de fabricação e prazo de validade.

1 O paciente tem direito de receber as receitas com o nome genérico do medicamento (Lei do Genérico e não em código), datilografadas ou em letras de forma ou com caligrafia perfeitamente legível e com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo Conselho Profissional.

1 O paciente tem direito de conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para a transfusão, se o mesmo contém carimbo nas bolsas de sangue atestando as sorologias efetuadas e sua validade.

1 O paciente tem direito, no caso de estar inconsciente, de ter anotado em seu prontuário, medicação, sangue ou hemoderivados, com dados sobre a origem, tipo e prazo de validade.

**2** O paciente tem direito de saber com segurança e antecipadamente, através de testes ou exames, que não é diabético, portador de algum tipo de anemia, ou alérgico a determinados medicamentos (anestésicos, penicilina, sulfas, soro antitetânico, etc.) antes de lhe serem administrados.

**2** O paciente tem direito a sua segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.

**2** O paciente tem direito de ter acesso às contas detalhadas referentes às despesas de seu tratamento, exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos. (Portaria do Ministério da Saúde nº 1 286 de 26/10/93 - art. 8º e nº74 de 04/05/94).

**2** O paciente tem direito de não sofrer discriminação nos serviços de saúde por ser portador de qualquer tipo de patologia, principalmente no caso de ser portador de HIV/AIDS ou doenças infecto-contagiosas.

**2** O paciente tem direito de ser resguardado de seus segredos, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo aquilo que, mesmo desconhecido pelo próprio cliente, possa o profissional de saúde ter acesso e compreender através das informações obtidas no histórico do paciente, exame físico, exames laboratoriais e radiológicos.

**2** O paciente tem direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênicas, quer quando atendido no leito, ou no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento.

**2** O paciente tem direito a acompanhante, se desejar, tanto nas consultas, como nas internações. As visitas de amigos e parentes devem ser disciplinadas em horários compatíveis, desde que não comprometam as atividades médico/sanitárias. Em caso de parto, a parturiente poderá solicitar a presença do pai.

2 O paciente tem direito de exigir que a maternidade, além dos profissionais comumente necessários, mantenha a presença de um neonatologista, por ocasião do parto.

2 O paciente tem o direito de exigir que a maternidade realize o "teste do pezinho" para detectar a fenilcetonúria nos recém-nascidos.

2 O paciente tem direito à indenização pecuniária no caso de qualquer complicação em suas condições de saúde motivadas por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais de saúde.

3 O paciente tem direito à assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves profissionais.

3 O paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.

3 O paciente tem direito a uma morte digna e serena podendo optar ele próprio (desde que lúcido), a família ou responsável, por local ou acompanhamento e ainda se quer ou não o uso de tratamentos dolorosos e extraordinários para prolongar a vida

3 O paciente tem direito à dignidade e respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito.

3 O paciente tem o direito de não ter nenhum órgão retirado de seu corpo sem sua prévia aprovação.

3 O paciente tem direito a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.