

**UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ**  
**PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO**

**RICARDO TIAGO DEEKE**

**DILEMAS EM COOPERATIVAS DE SANTA CATARINA:**  
**estudo multicaso sobre conflitos entre princípios cooperativistas, pressões**  
**mercadológicas e político-institucionais em duas singulares da UNIMED**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**BIGUAÇU – SC**  
**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**RICARDO TIAGO DEEKE**

**DILEMAS EM COOPERATIVAS DE SANTA CATARINA:  
estudo multicaso sobre conflitos entre princípios cooperativistas, pressões  
mercadológicas e político-institucionais em duas singulares da UNIMED**

**Dissertação apresentada como requisito para a  
obtenção do título de Mestre em Administração  
pela Universidade do Vale do Itajaí, Centro de  
Educação de Biguaçu.**

**Área de concentração: Gestão Social**

**Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luís Boeira**

**BIGUAÇU – SC  
2008**

**RICARDO TIAGO DEEKE**

**DILEMAS EM COOPERATIVAS DE SANTA CATARINA: estudo multicaso  
sobre conflitos entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e  
político-institucionais em duas singulares da UNIMED**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Administração e aprovada pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Administração, da Universidade do Vale do Itajaí, em Biguaçu.

Área de concentração: Organizações e Sociedade

Biguaçu, 24 de abril de 2008.

---

Prof. Dr. Carlos Ricardo Rossetto  
Coordenador do Programa

---

Prof. Dr. Sérgio Luis Boeira  
UNIVALI – Biguaçu  
Orientador

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lucila Maria de Souza Campos  
UNIVALI – Biguaçu

---

Prof. Dr. Maurício Roque Serva de Oliveira  
(UFSC)

## DEDICATÓRIA

**À minha amada esposa Elaine, por seu amor incondicional, que sempre me incentivou a superar as dificuldades do dia à dia e por sua compreensão com muitas de minhas ausências e todos os altos e baixos advindos do período de estudo;**

**Ao meu amado filho Eduardo, minha grande alegria e fonte de motivação e inspiração;**

**Ao meu amado pai (*in memoriam*), com certeza o melhor do mundo, um exemplo a ser seguido, que tudo de melhor fez por mim, às vezes mais do que podia e que me ensinou valores e permitiu a educação necessária para que eu pudesse chegar até aqui; e**

**Minha amada mãe, por seu amor e apoio incondicional e por estar sempre ao meu lado, em todos os momentos.**

## **AGRADECIMENTOS**

**A Deus, pela minha vida e por me conceder a família maravilhosa que tenho;**

**À minha esposa Elaine e a meu filho Eduardo, pelo incentivo, inspiração e apoio incondicional em todos os momentos;**

**Aos meus pais, pelo incentivo e educação, pelos valores a mim ensinados e pela estrutura proporcionada;**

**Aos meus avós, por auxiliarem em minha educação e minha formação;**

**Ao Prof. Dr. Sérgio Boeira, pela paciência, compreensão nos vários momentos difíceis que passei e pelos ensinamentos fundamentais;**

**À Prof. Dra. Lucila Campos e ao Prof. Dr. Maurício Serva, pelos ensinamentos;**

**À Diretoria Executiva e de Gestão da Unimed Grande Florianópolis, principalmente ao Dr. Marcolino Cargnin Cabral e ao Dr. Octavio René Lebarbenchon Neto por acreditarem na relevância do estudo e permitirem que eu me ausentasse durante o expediente de trabalho para acompanhar as aulas e realizar as pesquisas de campo;**

**Ao amigo Edson Cascaes, pelo incentivo e contribuição ao estudo;**

**Aos amigos do Departamento de Relacionamento Corporativo da Unimed Grande Florianópolis, pelo apoio e compreensão com minhas ausências;**

**A todos os demais professores e colaboradores do Mestrado em Administração da UNIVALI, em especial o Prof. Dr. Carlos Ricardo Rosseto, pela compreensão nos momentos de dificuldades;**

**Aos demais amigos e parentes que direta ou indiretamente contribuíram para que eu conseguisse alcançar este objetivo.**

## RESUMO

Essa dissertação teve como suporte duas experiências de pesquisa. A primeira foi de iniciação científica, dentro do Programa de Integração Pós-graduação e Graduação (PIPG, UNIVALI). Além de pesquisa bibliográfica e elaboração de indicadores qualitativos, fez-se uma pesquisa de campo junto às cooperativas associadas à Organização das Cooperativas de Santa Catarina (OCESC), confirmando-se, de um modo geral, resultados encontrados na bibliografia especializada. Tais resultados indicam um conjunto de conflitos e dilemas do cooperativismo, além de reforçar a idéia de que a legislação vigente contém inúmeras falhas. Na pesquisa para essa dissertação, foram analisadas duas cooperativas UNIMED de Santa Catarina. O estudo foi do tipo qualitativo, com a estratégia de multicasos. O objetivo geral foi o de *identificar e compreender os principais dilemas de duas entre as principais cooperativas UNIMED em Santa Catarina no que se refere aos possíveis conflitos entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e político-institucionais*. Foram estabelecidos três objetivos específicos, quais sejam: a) *Identificar e analisar os principais dilemas de cooperativas UNIMED em Santa Catarina no que se refere a possíveis conflitos entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e político-institucionais*; b) *Analisar a avaliação de dirigentes de cooperativas UNIMED-SC e seu departamento jurídico sobre a legislação do cooperativismo brasileiro e seus efeitos na gestão das cooperativas médicas*; e, c) *Analisar, na história da legislação do cooperativismo brasileiro, a Lei 5764/71, a regulamentação da assistência médica suplementar e os efeitos do Novo Código Civil no que tange ao cooperativismo*. Para atender ao primeiro e ao segundo objetivos específicos a investigação foi realizada uma pesquisa de campo, com entrevistas abertas e semi-estruturadas junto a dirigentes, cooperados e departamento jurídico. Já para o terceiro objetivo específico foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental. Os três objetivos foram alcançados. Serviram como referencial teórico-epistemológico para o estudo o paradigma da complexidade e a teoria da delimitação de sistemas. Evitando-se, tanto quanto possível, abordagens unilaterais e ideológicas na análise, foi possível identificar diversos aspectos de conflitos e de dilemas nas duas unidades e no setor da saúde suplementar brasileira. Entre as conclusões, está a de que a participação insuficiente dos cooperados implica em decisões igualitárias apenas de modo formal, segundo a lei, mas não no cotidiano das organizações. As dimensões isonômicas e fenonômicas ficam, assim, subestimadas, implicando em maior vulnerabilidade das organizações às pressões externas, tanto as mercadológicas quando as político-institucionais.

Palavras-chaves: Cooperativa, UNIMED, dilemas, paradigma da complexidade, isonomia.

## ABSTRACT

This dissertation was supported by two research experiments. The first was a student research project carried out for the Post-graduate and Graduate Integration Program (PIPG, UNIVALI). In addition to a literature review and the development of qualitative indicators, a field study was also carried out, with member cooperatives of the Organization of Cooperatives of Santa Catarina (OCESC), which in general, confirmed the results found in the specialist literature. These results indicate a number of conflicts and dilemmas relating to cooperativism, as well as reinforcing the idea that the legislation contains numerous flaws. In the research carried out for this dissertation, two UNIMED cooperatives in Santa Catarina were analyzed. The study was a qualitative one, using the multi-case strategy. The general objective was *to identify and understand the main dilemmas facing two of the main UNIMED cooperatives in Santa Catarina, with regard to possible conflicts between cooperative principles, marketing pressures and political and institutional pressures*. Three specific objectives were established, namely: a) *to identify and analyze the main dilemmas of the UNIMED cooperatives in Santa Catarina with regard to possible conflicts between cooperative principles, marketing pressures and political and institutional pressures*; b) *to examine the evaluation, by leaders of UNIMED-SC cooperatives and their legal departments, of the law of Brazilian Cooperatives and its effects on the management of medical cooperatives*; and c) *to examine, in the history of the legislation on Brazilian Cooperatives, Law 5764/71, the regulation on supplementary medical assistance, and the effects of the New Civil Code regarding cooperatives*. To achieve the first and the second goals of the investigation, a field study was carried, with open and semi-structured interviews with directors, members and legal departments. For the third objective, a literature and documentary review was carried out. The three goals were achieved, and served as a theoretical-epistemological reference for the study of the paradigm of complexity and theory of systems delimitation. Avoiding unilateral and ideological approaches in the analysis as far as possible, various aspects of conflicts and dilemmas facing the two units in the supplementary Brazilian health sector were identified. Among the conclusions, it was observed that the lack of participation of the members of the cooperative results in decisions which are egalitarian on paper only, according to the law, but are not reflected in the daily lives of the organizations. The isonomic and phenomenon-related dimensions are therefore underestimated, resulting in greater vulnerability of the organizations to external pressures, both market-related, and political-intuitional.

Keywords: Cooperative, UNIMED, dilemmas, paradigm of complexity, isonomy.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Síntese das características básicas dos paradigmas na perspectiva de Morin.....	24
Quadro 2: Síntese dos princípios do paradigma da complexidade.....	30
Quadro 3: Categorias delimitadoras.....	34
Quadro 4: Definição das principais categorias da Teoria da Delimitação de Sistemas Sociais.....	35
Quadro 5: Modelos de homem.....	36
Quadro 6: Correlação entre as principais categorias delimitadoras, modelos de homem e dimensão da razão.....	36
Quadro 7: Características básicas dos paradigmas positivista, fenomenológico e da complexidade.....	40
Quadro 8: Objetivos específicos e procedimentos metodológicos.....	46
Quadro 9: Identificação dos entrevistados.....	48
Quadro 10: Diferenças entre empresa cooperativa e mercantil.....	59
Quadro 11: Ramos do cooperativismo no Brasil.....	60
Quadro 12: Dados sistema cooperativista brasileiro.....	61
Quadro 13: Princípios e valores do cooperativismo.....	63
Quadro 14: Problemas com cooperados.....	70
Quadro 15: Ameaças e pontos fracos do sistema cooperativista.....	71
Quadro 16: Exemplo da diferença da tabela TUNEP para as demais praticadas no mercado.....	78
Quadro 17: Síntese do aumento de coberturas do Rol de procedimentos vigentes a partir de 02/04/2008.....	83
Quadro 18: Síntese das principais medidas legislativas no Brasil.....	94
Quadro 19: Cronologia para promulgação da Lei 9656/98.....	104
Quadro 20: Comparativo antes e depois da regulamentação do setor.....	107
Quadro 21: Distribuição por tipo de operadora no Brasil.....	110
Quadro 22: Distribuição de clientes por tipo de operadora.....	110
Quadro 23: Singulares UNIMED em Santa Catarina.....	121
Quadro 24: Dilemas das cooperativas UNIMED X e Y.....	168

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Tetragrama da dialógica entre termos.....	26
Figura 2: Pentágono de racionalidade.....	27
Figura 3: O macroconceito de sistema.....	29
Figura 4: Novo paradigma.....	29
Figura 5: Paradigma paraeconômico.....	34
Figura 6: Delimitação de pesquisa.....	42
Figura 7: Design da atual pesquisa.....	45
Figura 8: Estrutura do sistema cooperativista.....	58
Figura 9: A múltipla identidade do cooperado.....	68
Figura 10: Metodologia de funcionamento de um plano de saúde de pré-pagamento.....	76
Figura 11: Modalidades de operadoras na saúde suplementar.....	109
Figura 12: Declaração de saúde do cliente ao contratar um plano de saúde.....	113
Figura 13: Estrutura hierárquica das cooperativas UNIMED.....	117
Figura 14: Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED.....	120
Figura 15: A dupla natureza da cooperativa.....	132
Figura 16: Complexidade na saúde suplementar.....	165
Figura 17: Pressões mercadológicas e político-institucionais das cooperativas médicas.....	167

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI - Aliança Cooperativa Internacional

ABI - Aviso de Beneficiário Identificado

ABRAMGE - Associação das Empresas de Medicina de Grupo

AGE - Assembléia Geral Extraordinária

AGO - Assembléia Geral Ordinária

AMAERJ - Associação dos Magistrados do Rio de Janeiro

ANPAD – Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração

ANS - Agência Nacional de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Art - artigo

BANCOOP – Cooperativa Habitacional dos Bancários

BANSICRED – Banco Cooperativo Sicred

BNH – Banco Nacional de Habitação

CADIN - Cadastro Informativo de Créditos

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CC – Código Civil

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CEU - Centro de Estudos UNIMED

CNC - Conselho Nacional de Cooperativismo

CONFINS – Contribuição Financeira da Seguridade Social

CONANGE - Conselho de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo

CONSU - Conselho de Saúde Suplementar

CONVIBRA - Congresso Virtual Brasileiro de Administração

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CPT - Cobertura Parcial Temporária

**CUDECOOP** - Confederación Uruguaya de Entidades Cooperativas

EnANPADs – Encontro Nacional de Programas de Pós-graduação e Pesquisa em Administração

FENASEG - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização

FENASAUDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar

FGV-RJ – Fundação Getulio Vargas do Rio de Janeiro

FRENCOOP - Frente Parlamentar do Cooperativismo  
IAP- Instituto de Aposentadoria e Pensão  
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor  
IGPM – Índice Geral de Preços do Mercado  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
IPE´s - Institutos de Previdência Estaduais  
IR – Imposto de Renda  
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social  
MG – Minas Gerais  
MP - Medida Provisória  
MP – Ministério Público  
MS – Mato Grosso do Sul  
NTAP - Nota Técnica Atuarial de Provisões  
OCA - Organização das Cooperativas da América.  
OCB - Organização das Cooperativas Brasileiras  
OCESC - Organização das Cooperativas do Estado de Santa Catarina  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PDT – Partido Democrático Trabalhista  
PEONA - Provisão de Eventos Ocorridos e Não-Avisados  
PIPG/UNIVALI - Programa de Integração Pós-Graduação da Universidade do Vale do Itajaí  
PIS – Programa de Integração Social  
PR – Paraná  
PROCON – Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor  
PUC-RJ – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro  
RDC – Resolução de Diretoria Colegiada  
RN - Resolução Normativa  
SC – Santa Catarina  
SENACOOOP - Secretaria Nacional do Cooperativismo  
SINDHRIO - Sindicato dos Hospitais do Rio de Janeiro  
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SNU - Sistema Nacional UNIMED

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

TI – tecnologia da informação

TUNEP - Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos

## SUMÁRIO

<b>Resumo.....</b>	<b>v</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>vi</b>
<b>Lista de quadros.....</b>	<b>vii</b>
<b>Lista de ilustrações.....</b>	<b>viii</b>
<b>Lista de abreviaturas e siglas.....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1: METODOLOGIA DA CIÊNCIA E DA PESQUISA.....</b>	<b>21</b>
1.1 Metodologia da ciência.....	21
1.1.1 Discussão sobre paradigmas.....	21
1.1.2 Paradigma da complexidade.....	25
1.1.3 Teoria da delimitação dos sistemas sociais.....	31
1.2 Metodologia da pesquisa.....	37
1.2.1 O problema de pesquisa .....	38
1.2.2 O método de investigação.....	39
1.2.3 A delimitação de pesquisa.....	41
1.2.4 O delineamento da pesquisa e a coleta de dados.....	42
1.2.5 Limitações da pesquisa.....	49
<b>CAPÍTULO 2: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA, DILEMAS E PRESSÕES.....</b>	<b>51</b>
2.1 O cooperativismo e as pressões mercadológicas e político-institucionais.....	51
2.1.1 O cooperativismo no mundo.....	52
2.1.2 O cooperativismo no Brasil.....	56
2.1.3 Os princípios cooperativistas.....	62
2.1.4 Os dilemas cooperativistas atuais.....	64
2.1.5 Pressões mercadológicas e político-institucionais.....	70
2.2 A legislação do cooperativismo brasileiro.....	88
2.2.1 A síntese histórica da regulamentação do cooperativismo.....	89
2.2.2 A Lei 5764/71 e o novo Código Civil.....	95
2.3 A assistência médica no Brasil.....	99

2.3.1 A regulamentação suplementar no Brasil.....	102
2.3.2 O funcionamento do setor da saúde suplementar hoje.....	111
<b>CAPÍTULO 3: AS COOPERATIVAS UNIMED.....</b>	<b>115</b>
<b>CAPÍTULO 4: INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS.....</b>	<b>124</b>
<b>CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>163</b>
Limitações.....	172
Recomendações.....	172
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>189</b>

## INTRODUÇÃO

O cooperativismo, se considerarmos a idéia de cooperação em sentido abrangente, faz parte da história da humanidade desde a antiguidade mais remota até os dias atuais como uma forma de ajuda mútua nas comunidades. Entretanto, em sentido moderno, o cooperativismo surgiu no século XIX, das adversidades de uma realidade industrial, como proposta de uma nova visão de mundo. É uma doutrina, cujo instrumento é a cooperativa. Alicerçadas em valores como solidariedade e equidade<sup>1</sup>, as cooperativas emergiram como uma reação do mundo operário e camponês à situação de exploração decorrente do crescimento quantitativo e extensivo das indústrias. O ambiente de dificuldades econômicas aliadas à busca por melhores condições sociais incitou as iniciativas populares, a disseminação do conhecimento e a discussão sobre alternativas, dentre as quais está o cooperativismo.

Conforme indica Carradore (2005), o cooperativismo, como se apresenta na atualidade, teve início em Rochdale, Inglaterra, em 1844. Já no Brasil, as iniciativas cooperativistas mais antigas, diferentemente da Europa, não lograram êxito.

Ocorre que muitas das experiências brasileiras surgiram de cima para baixo, ou seja, como uma política de controle social e de intervenção estatal com foco predominantemente nas áreas rurais, buscando atender mais a interesses das elites políticas e agrárias do que realmente aos necessitados (CARRADORE, 2005; LIMA NETO, 2004, p.138).

Aliado a isto, desde o seu surgimento no Brasil, o cooperativismo encontrou muita resistência por parte daqueles que não viam com bons olhos a promessa, defendida pelas cooperativas, de eliminação dos intermediários através da aproximação do produtor ao consumidor final. O cooperativismo somente deslanchou no país a partir de 1932 com o Decreto Federal nº. 22.239, considerado o marco da formalização legal da atividade no Brasil (POLONIO, 2004).

Atualmente, as cooperativas estão presentes em praticamente todos os estados brasileiros, abrangendo diversos ramos da atividade humana. Segundo Lima Neto (2004, p. 153), utilizando-se a finalidade como base de comparação dos empreendimentos cooperativistas de natureza econômica, “parece comum o entendimento de que é possível dividir as cooperativas em pelo menos quatro grupos específicos”: a) cooperativas de consumo; b) de produção; c) de crédito; d) de trabalho. Hoje as cooperativas estão distribuídas

---

<sup>1</sup> Equidade - envolve critérios de justiça social. É a adequação às necessidades da comunidade, à facilidade de acesso, com segurança, aos mesmos, e às expectativas das pessoas.

em 13 ramos distintos no país: agropecuário, consumo, crédito, educacional, habitacional, infra-estrutura, mineral, produção, saúde, trabalho, transporte, turismo e lazer e especial, conforme indica a OCB (CRÚZIO, 2002).

A finalidade principal de uma cooperativa é, em princípio, a melhoria da condição econômico-social de seus cooperados com a prestação de serviços aos seus associados e não ao lucro apropriado individualmente (JERÔNIMO *et al*, 2004). Como balizadores de suas práticas organizacionais destacam-se, também em princípio, a gestão democrática, a estrutura horizontal e a participação dos membros, questões que representam significativos desafios para as sociedades mercantis com o predomínio da razão instrumental (GUERREIRO RAMOS, 1981). Desta forma, as cooperativas seriam concebidas como sistemas sociais peculiares, em que os conflitos políticos seriam, em princípio, assumidos, e não abafados, como geralmente acontece em organizações que visam fundamentalmente o lucro (AKTOUF, 1996).

O fato das cooperativas estarem subdivididas em vários tipos e categorias conjugados com os aspectos econômicos e jurídicos peculiares dificulta aos doutrinadores a definição precisa desse tipo de sociedade, provocando, em face da diversidade, dilemas quanto às formas possíveis de classificação (POLÔNIO 2004; LIMA NETO, 2004). Não obstante, a sociedade cooperativa é regulada no país pela Lei nº. 5764 de 16 de dezembro de 1971; considerada por autores como Perius (2001), Polonio (2004), Carradore (2005), e pela própria Organização das Cooperativas do Estado de Santa Catarina (OCESC), ultrapassada em vários aspectos.

A literatura especializada em cooperativismo aponta muitos conflitos e dilemas relacionados ao tema, em grande medida associados ao crescimento vertical ou horizontal das cooperativas e ao aumento da complexidade dos problemas de gestão decorrentes da necessidade de especialização técnica para atender às exigências do mercado (CRÚZIO, 2002). No entendimento da OCECSC, assim como vem crescendo o movimento cooperativista no país, cresce simultaneamente, na mesma proporção, a parcela dos que não vêem com bons olhos o modelo cooperativo. Segundo o superintendente da OCECSC<sup>2</sup>, os efeitos negativos para a imagem do cooperativismo podem ser percebidos claramente, seja em conversas informais com pessoas alheias ao movimento, que desconhecem o tema, mas emitem opinião por ouvir dizer, ou, até mesmo, nas conversas dentre os cooperados que ingressam no sistema cooperativo.

---

<sup>2</sup> Informação obtida em entrevista realizada durante a realização do PIPG (DEEKE *et al.*, 2007), a ser destacado posteriormente nesta parte introdutória.

Diante deste contexto, foi realizada uma pesquisa de iniciação científica, dentro do um Programa de Integração Pós-Graduação (PIPG/UNIVALI), concluída no mês de maio de 2007, que abordou os dilemas na abordagem do cooperativismo junto à OCESC e suas 256 cooperativas associadas (DEEKE *et al.*, 2007). Ao final da pesquisa, ao invés do relatório final, optou-se pela elaboração de um artigo, intitulado *indicadores e dilemas na abordagem do cooperativismo: um estudo exploratório em Santa Catarina*. Neste artigo, publicado nos anais (CD-Rom) do Congresso Virtual Brasileiro de Administração (CONVIBRA), em dezembro de 2007, foram apresentados, como parte da revisão bibliográfica, uma síntese dos problemas emergentes do cooperativismo observados na literatura especializada em anais dos EnANPADs de 2003 a 2006. Tal revisão mostra, como uma tendência geral dos estudos sobre o tema, o destaque aos problemas emergentes nas cooperativas.

Com esta pesquisa bibliográfica, somada às duas entrevistas concedidas pelo superintendente da OCESC, foi possível, ainda, inferir que as cooperativas enfrentam problemas em virtude das suas características serem divergentes, em princípio, das sociedades mercadocêntricas, embora tenham que, necessariamente, conviver com as regras destas (GUERREIRO RAMOS, 1981). As cooperativas acabam reproduzindo problemas tradicionais das organizações convencionais, como, por exemplo, conflitos e distância entre dirigentes e dirigidos (TANURE, 2005). No entanto, por mais que se reconheça a diversidade de ramos existentes, o enfoque das análises das cooperativas parece enfatizar, em grande medida, os ramos mais antigos, como o agropecuário, destacando-se a abordagem funcionalista, como se as cooperativas fossem empresas mercantis, convencionais. São poucos os estudos encontrados relativos às cooperativas do ramo da saúde<sup>3</sup> e as análises decorrentes de seu contexto específico, principalmente com o advento da Lei que regula o setor de saúde suplementar<sup>4</sup>.

Os resultados empíricos da pesquisa de iniciação científica ratificam a existência dos problemas identificados na revisão bibliográfica, mas cabe observar o baixo percentual de respondentes, inferior a 40% das cooperativas registradas na OCESC. Ficou claro que a combinação de indicadores qualitativos, entrevistas e dados quantitativos precisava ser complementada por novas entrevistas, não somente com lideranças de cooperativas, mas também com os demais cooperados. As limitações da técnica quantitativa na abordagem de

---

<sup>3</sup> O ramo da saúde no cooperativismo é composto pelas cooperativas que se dedicam à preservação e promoção da saúde humana. Incluem médicos, dentistas, psicólogos e profissionais de outras atividades afins.

<sup>4</sup> O setor de saúde suplementar reúne mais de 2000 empresas operadoras de planos de saúde, milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas, que atendem a mais de 44 milhões de consumidores que utilizam planos privados de assistência à saúde (ANS).

temas complexos que envolvem a subjetividade dos entrevistados, além da polissemia dos termos utilizados nos indicadores e nos questionários, contribuem para tornar as pesquisas qualitativas e as entrevistas individuais complementos necessários à compreensão dos dilemas e das contradições vividas nas cooperativas.

Neste sentido, visando contribuir com o debate público e acadêmico, a pesquisa que deu origem a essa dissertação focalizou o ramo da saúde do cooperativismo, particularmente duas cooperativas UNIMED no Estado de Santa Catarina, em parte devido à experiência profissional<sup>5</sup>.

Para tratar do ramo da saúde do cooperativismo, cabe voltar à década de 1960, momento em que as más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público de saúde e o aviltamento da remuneração dos honorários médicos abriram espaço para a crescente atuação das empresas de medicina de grupo<sup>6</sup>, que acabaram desencadeando um processo de mercantilização do setor da saúde no Brasil. Foi justamente em reação a esta mercantilização da medicina, que impedia o médico de exercer com liberdade e dignidade sua profissão liberal, e a crescente interferência de terceiros na relação médico/paciente, que surgiu a primeira cooperativa de trabalho médico UNIMED.

O médico Edmundo Castilho, então presidente do sindicato médico na cidade de Santos, em São Paulo, juntamente com outros 22 médicos, criou a primeira cooperativa médica brasileira na Assembléia Geral realizada em 18 de dezembro de 1967. Cabe destaque para a transcrição elaborada por Castro (2003) das palavras de Edmundo Castilho, o qual afirma que foi baseado na experiência de Rochdale que ele se encontrou filosoficamente, pois os tecelões do norte da Inglaterra lhe mostraram as respostas, com a doutrina cooperativista, às suas inquietações no campo econômico, político e social.

Desta forma, durante a ditadura militar, surge uma cooperativa de trabalho médico com base ética, preocupada com o usuário e sem o objetivo do lucro. Surgia uma nova era na assistência médica brasileira com a livre escolha do médico, do hospital, do laboratório e de outros serviços auxiliares; sem o intermediário no relacionamento médico-paciente; personalizando o médico em seu consultório como local de encontro com o paciente e criando um importante espaço profissional para os médicos mais jovens (OTTA, 2003).

---

<sup>5</sup> Sou gerente de relacionamento corporativo da UNIMED Grande Florianópolis (Cooperativa de Trabalho Médico).

<sup>6</sup> Operadoras que não possuem rede própria. Mercantilizam a medicina contratando médicos e remunerando-os inadequadamente de forma a ter um maior retorno (lucro).

O cooperativismo médico expandiu-se por todo o Brasil, formando cooperativas singulares, conforme exigência da Lei n. 5.764/71. O interesse dos médicos pela experiência de Santos cresceu e muito rapidamente diversas outras UNIMEDs foram criadas<sup>7</sup>. Hoje são 377 cooperativas singulares que cobrem 75% do território nacional.

As cooperativas UNIMEDs serão objeto de análise visando-se identificar, descrever e interpretar relações entre ordem e desordem, ou seja, possíveis conflitos e dilemas entre os princípios do cooperativismo, as pressões mercadológicas e político-institucionais com que se deparam. O estudo de uma única unidade não proporcionaria dados para a compreensão do conjunto das singulares em Santa Catarina, pois, como indicam Pascucci *et al.* (2005), os comportamentos das singulares são muito heterogêneos. Por outro lado, seria inviável um estudo com abrangência nacional, ou mesmo com todas as 23 cooperativas UNIMEDs de Santa Catarina, haja vista o tempo disponível para realização de entrevistas e análise dos resultados obtidos. Assim, decidiu-se que seria mais adequado focalizar pelo menos duas cooperativas UNIMEDs para a pesquisa qualitativa, conforme será visto no capítulo 2, referente à parte metodológica.

As cooperativas médicas UNIMED, apesar de nacionalmente conhecidas pelos planos de assistência à saúde que comercializam, são pouco percebidas pelo público em relação à sua natureza cooperativa. Ressalta-se que o setor de saúde suplementar no Brasil, setor de atuação do sistema UNIMED, funcionou, até 1998, sempre com a ausência de uma regulamentação específica, o que ocorreu com a promulgação da Lei n. 9.656/98, a qual dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde. Para a promulgação dessa Lei, no entanto, não foram levadas em conta as peculiaridades de cada segmento atuante na saúde suplementar, como o cooperativismo, o que pode resultar em problemas para as cooperativas atuarem frente, até mesmo, aos seus princípios específicos. Essa constatação encontra base em Silva (1998), o qual destaca que a Lei n. 9.656/98 estabeleceu tratamento isonômico às operadoras<sup>8</sup> de planos de assistência privados à saúde, adotando sistemáticas semelhantes àquelas praticadas pelas empresas de seguro saúde, demonstrando uma nítida proteção ao setor de seguros e desconsiderando a legislação própria de cada segmento.

Esse estudo não tem a pretensão de ser teórico-epistemológico, mas, com base no exposto, procura tomar como ponto de partida algumas considerações analíticas acerca do

---

<sup>7</sup> Castro (2003) destaca que o marco para divulgação da idéia de cooperativas médicas partiu de uma entrevista com a “Dra. Zoe”, representante da empresa Sociplan, contratada para implementar a estrutura e processos organizacionais na UNIMED Santos, publicada na revista Médico Moderno. De acordo com Castro, após esta publicação o “Dr. Castilho” passou a ser procurado por médicos de todo o país.

<sup>8</sup> Operadoras de planos de assistência à saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde.

paradigma da complexidade, especialmente a contribuição de Edgar Morin. Tal abordagem – paradigma e aspectos teóricos da complexidade – foi escolhida por permitir, em princípio, compreender uma realidade em que ordem e desordem se apresentam como partes de um processo complexo (não linear), de constante re-organização. Trata-se de uma alternativa encontrada à abordagem funcionalista, freqüentemente satisfeita com regularidades estatísticas e ideologia que elimina a desordem em busca de uma ordem idealizada<sup>9</sup>. Em paralelo, foram buscadas, para o posicionamento teórico, algumas considerações acerca da teoria da delimitação de sistemas sociais, de Guerreiro Ramos (1981), para o qual as sociedades mercadocêntricas são limitadas pela percepção da economia como categoria predominante sobre as formas de associação que ele denominou de fenonomia e isonomia. Na abordagem complexa e delimitadora destas categorias, emerge uma concepção segundo a qual a economia, fundada na razão instrumental e utilitária, pode coexistir, em graus variados, com as experiências autograticantes da fenonomia e isonomia, baseadas na razão substantiva (DEEKE *et al.*, 2007). A razão substantiva seria aquela em que os aspectos éticos não se subordinam aos aspectos instrumentais, embora isto não signifique que as duas formas de razão devam ser dissociadas ou vistas de forma dicotômica. Disjuntar ou separar as duas formas de racionalidade ou reduzir as duas a uma só (a instrumental) seria justamente adotar o paradigma disjuntor-redutor, dominante, em vez do paradigma da complexidade.

Dentre os poucos estudos relativos especificamente ao ramo da saúde do cooperativismo, verifica-se que as cooperativas médicas sofrem pressões do mercado no qual estão inseridas, pressões que muitas vezes alteram suas condutas (PASCUCCI *et al.*, 2005); verifica-se também que a regulação do setor de saúde suplementar implica em possíveis obstáculos e dilemas para a atuação das organizações no mercado (PASCUCCI *et al.*, 2006).<sup>10</sup>

A partir da constatação apresentada nesta introdução, haja vista o enquadramento do ramo da saúde do cooperativismo na regulamentação específica da saúde suplementar, propõe-se a seguinte questão central: *Quais são os dilemas enfrentados por duas entre as principais cooperativas UNIMED em Santa Catarina, considerando-se possíveis conflitos entre, por um lado, princípios cooperativistas e, por outro, pressões mercadológicas e político-institucionais?*

---

<sup>9</sup> A propósito, caberia lembrar aqui a abordagem crítica de Maurício Tragtenberg (1985) em sua tese de doutorado sobre burocracia e ideologia.

<sup>10</sup> A noção de “dilema” utilizada aqui nem sempre se reduz a duas possibilidades mutuamente excludentes ou contraditórias entre si. Refere-se a problemas que, embora tenham aparência dilemática simples ou dicotômica (*ou isto ou aquilo*), são na realidade complexos, envolvendo, com freqüência, conforme a abordagem da complexidade, tanto antagonismo quanto complementaridade e concorrência. Trata-se, portanto, de fazer-se uma abordagem introdutória a esta compreensão complexa, sem a pretensão de fechá-la num sistema de idéias.

O objetivo geral do estudo é o de *identificar e compreender os principais dilemas de duas entre as principais cooperativas UNIMED em Santa Catarina no que se refere aos possíveis conflitos entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e político-institucionais.*

Para responder ao objetivo geral, foram estabelecidos três objetivos específicos:

- *Identificar e analisar os principais dilemas de cooperativas UNIMED em Santa Catarina no que se refere a possíveis conflitos entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e político-institucionais;*
- *Analisar a avaliação de dirigentes de cooperativas UNIMED-SC e seu departamento jurídico sobre a legislação do cooperativismo brasileiro e seus efeitos na gestão das cooperativas médicas;*
- *Analisar, na história da legislação do cooperativismo brasileiro, a Lei 5764/71, a regulamentação da assistência médica suplementar e os efeitos do Novo Código Civil no que tange ao cooperativismo.*

Além desta parte introdutória, o presente estudo compõe-se de quatro capítulos. No capítulo 1 são apresentados os aspectos metodológicos – tanto os que são relacionados à chamada metodologia da ciência, que implica na discussão sobre paradigmas e aspectos teórico-epistemológicos, quanto os que se referem à metodologia da pesquisa empregada. No capítulo 2 é apresentada a fundamentação teórica mais específica para o estudo do cooperativismo, em face da revisão bibliográfica nos anais dos EnANPADs e de leituras de diversos livros específicos sobre a temática. O capítulo 3 apresenta um breve histórico do Sistema UNIMED, assim como a descrição de sua forma de funcionamento. O capítulo 4 apresenta a análise da pesquisa nas duas unidades a partir dos indicadores que foram em parte identificados e em parte formulados durante e após a revisão bibliográfica. Na conclusão faz-se uma abordagem sintética e abrangente das conclusões parciais, além de reconhecer-se as limitações do trabalho e indicar sugestões para novas pesquisas sobre a temática.

# CAPÍTULO 1

## METODOLOGIA DA CIÊNCIA E DA PESQUISA

De acordo com Elizabeth Teixeira (2005), é plausível considerar um conjunto de metodologias: a) acadêmica; b) da ciência; c) da pesquisa. Normalmente, o que tem sido chamado de “metodologia” é reduzido a metodologia de pesquisa. Para Teixeira, a metodologia acadêmica introduz os aprendizes no mundo do saber (por meio de conhecimento sobre estudar, ler, escrever, normas de produção e apresentação de trabalhos acadêmicos, etc.); a metodologia da ciência, por sua vez, trata dos tipos de conhecimento, dos paradigmas, da epistemologia; já a metodologia de pesquisa trata dos tipos de pesquisa, métodos e técnicas.

Partindo desses conceitos, este capítulo trata no primeiro momento da metodologia da ciência e, em seguida, da metodologia da pesquisa.

### 1.1 METODOLOGIA DA CIÊNCIA

Neste ponto do trabalho é importante abordar uma discussão acerca de paradigmas para que possamos introduzir o paradigma da complexidade, principalmente com base na obra de Morin, e a teoria da delimitação dos sistemas sociais, de Guerreiro Ramos. Estas contribuições são tomadas como complementares entre si e necessárias para uma adequada compreensão da análise posterior.

#### 1.1.1 Discussão sobre paradigmas

O debate sobre a importância dos paradigmas da ciência foi, em grande medida, desencadeado por Thomas Kuhn (2003), cuja tese central é a de que existem dois grandes paradigmas que se manifestam em duas formas de ciência: a normal e a extraordinária. Enquanto o paradigma da ciência normal é o dominante, expressando valores, métodos e técnicas de pesquisa concretizados em teorias exemplares, o paradigma da ciência extraordinária é considerado como uma possibilidade emergente, uma ruptura dentro da comunidade científica, que busca novos valores, métodos e técnicas para explicar o que não

mais é explicável pela ciência normal. Quando as anomalias e aspectos contraditórios da realidade não são mais explicáveis pela ciência normal, o paradigma dominante pode entrar em crise ou encontrar formas de ajustar-se.

Mas as mudanças paradigmáticas foram consideradas por Kuhn (2003) de forma um tanto quanto restritas a mudanças no interior de cada disciplina ou ciência. Ele somente concebia a existência de paradigmas nas ciências naturais e exatas. As ciências sociais eram por ele consideradas pré-paradigmáticas, porque não teriam atingido uma estabilidade ou consenso de uma ciência normal, ou de uma teoria exemplar, como a teoria da relatividade<sup>11</sup>, na física. Para Kuhn (2003), paradigma é um conceito abrangente, mas restrito a aspectos racionais. Para Morin (2007), no entanto, paradigma é uma concepção que contém não só aspectos racionais, mas também comporta elementos não-racionais ou irracionais, o que leva ao debate sobre a complexidade. Etkin (2003), por sua vez, justificativa a abordagem da complexidade nas organizações observando que há nelas coexistência da razão e da não razão, haja vista as tomadas de decisões não serem sempre racionais, pois os diretores carecem das informações necessárias e acabam recorrendo a hábitos, condicionamentos estruturais, pressões institucionais e imaginação para tomá-las. Em síntese, os diretores acabam por utilizar argumentos considerados discutíveis por diversos grupos internos e externos (os *stakeholders*) que se relacionam com a organização.

Morin (2007), de certa forma, tomou o caminho inverso de Kuhn (2003) em termos de abordagem de paradigmas. Enquanto Kuhn (2003) tornou sua perspectiva cada vez mais restrita e conservadora diante das críticas, chegando ao ponto de abandonar a noção de paradigma e propor sua substituição pela noção de matriz disciplinar ao reconhecer a ambigüidade do conceito de paradigma, como indicam Boeira e Vieira (2006), Morin (2007) concebeu a idéia de paradigma a partir de suas ambigüidades, como um fenômeno transdisciplinar, consciente e inconsciente, para além da multidisciplinaridade e mesmo da interdisciplinaridade.

Morin (2007) afirma que todas as ciências nasceram de forma transdisciplinar, que todos os clássicos são transdisciplinares. Mas ao mesmo tempo em que reconhece isto, também rejeita o que ele chama de imperialismo epistemológico dos clássicos (Marx, Freud e outros), porque a transdisciplinaridade que eles construíram estava fundada numa

---

<sup>11</sup> Teoria desenvolvida no início do século XX, que, originalmente, pretendia explicar certas anomalias no conceito do movimento relativo, mas, em sua evolução, converteu-se em uma das teorias básicas mais importantes das ciências físicas, a qual foi a base para que os físicos demonstrassem, posteriormente, a unidade essencial da matéria e da energia, do espaço e do tempo, e a equivalência entre as forças de gravitação e os efeitos da aceleração de um sistema. (extraído da página 7 do texto disponível no *website* [www.vestibular1.com.br/revisao/relatividade\\_teorica\\_quantica.doc](http://www.vestibular1.com.br/revisao/relatividade_teorica_quantica.doc). Acessado em dezembro de 2007).

ruptura com a filosofia, num paradigma disjuntor-redutor, em maior ou menor extensão. Não caberia aqui voltar aos clássicos para analisar este aspecto. O que se pretende destacar é que a transdisciplinaridade reflexiva, proposta por Morin (2007), parece ser o caminho para romper os obstáculos à comunicação, à dialógica entre as disciplinas, num sentido contrário à fragmentação do saber. A superação de um pensamento que isola, separa, reduz, disjunta, simplifica, por outro que distingue, mas une, libera, enfim, é complexo, parece ser fundamental (CASTROGIOVANNI, 2004). Nas obras de Etkin (2003) e Etkin e Schvarstein (2005) percebe-se uma abordagem do paradigma da complexidade nos chamados estudos organizacionais.

Na capa da 10ª edição de *Ciência com Consciência*, em 2007, há uma idéia de Morin:

[...] as ciências humanas não têm consciência dos caracteres físicos e biológicos dos fenômenos humanos. As ciências naturais não têm consciência da sua inscrição numa cultura, numa sociedade, numa história. As ciências não têm consciência do seu papel na sociedade. As ciências não têm consciência dos princípios ocultos que comandam as suas elucidações. As ciências não têm consciência de que lhes falta uma consciência [...].

Para Morin (2000, p. 56), as ciências não têm consciência de que lhes falta uma consciência de que a ciência não é somente a acumulação de certezas. Segundo o autor, “a ciência não tem verdade, não existe uma verdade científica, existem verdades provisórias que se sucedem, onde a única verdade é aceitar essa regra e esta investigação”.

A noção de paradigma defendida por Morin (2007) abrange as várias formas de ciências e a retomada de diálogo com a filosofia, a qual ele critica por ter se tornado prisioneira do paradigma-disjuntor. As ciências acabaram tornando-se prisioneiras de aspectos ideológicos, incorrendo em abstrações sem conexão com a realidade física e política, por exemplo. O debate sobre paradigmas, os quais estão nas bases das teorias, vem desgastando o perfil de auto-suficiência das teorias por condicioná-las, delimitá-las e viabilizá-las.

Uma síntese das 12 características básicas dos paradigmas destacadas por Boeira e Vieira (2006) é apresentada abaixo:

1.	O paradigma não é passível de falsificação, embora as teorias científicas que dele dependam sejam passíveis de refutação.
2.	Dispõe do princípio de autoridade axiomática (sem confundir-se com os axiomas).
3.	Dispõe de um princípio de exclusão, excluindo não só dados, enunciados e idéias que não se ajustam ao que ele prescreve, mas também os problemas que não reconhece.
4.	O que é excluído pelo paradigma torna-se um ponto cego. Assim, segundo o paradigma estruturalista o sujeito e o devir seriam ficções.
3.	O paradigma é invisível. Situado na ordem inconsciente e na ordem sobreconsciente, ele é o organizador invisível do núcleo organizacional visível da teoria. É, assim, invisível na organização consciente que controla.
4.	Cria a evidência auto-ocultando-se. Como é invisível, aquele que lhe está submetido pensa obedecer aos fatos, à experiência, à lógica, quando na verdade obedece a ele em primeiro lugar.
5.	É co-gerador do sentimento de realidade. Assim, aquele que obedece ao paradigma da ordem-rei pensa que todos os fenômenos deterministas são fatos reais, e que os aleatórios são apenas aparências.
6.	A invisibilidade do paradigma torna-o invulnerável. Mas sempre há desvios, indivíduos e grupos desviantes, que podem dar início a revoluções paradigmáticas.
7.	Há incompreensão entre paradigmas, ou seja, entre pensamentos, discursos, sistemas de idéias comandadas por paradigmas diferentes.
8.	Ele apóia aquilo que o apóia e tem a necessidade de confirmação. Está recursivamente ligado aos discursos e sistemas que ele gera.
9.	Um grande paradigma determina, via teorias e ideologias, uma mentalidade, uma visão de mundo. Um grande paradigma comanda a visão da ciência, da filosofia, da razão, da política e da moral.
10.	Por ser invisível e invulnerável, um paradigma não pode ser vencido diretamente. É preciso que surjam novas teses ou hipóteses que deixem de obedecer a esse paradigma, e que se multipliquem as verificações e confirmações de novas teses ali onde fracassaram as antigas, para que possa ocorrer o desmoronamento do paradigma.

**Quadro 1: Síntese das características básicas dos paradigmas na perspectiva de Morin**

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Boeira e Vieira (2006, p. 37 e 38).

Se, por um lado, é oportuno o debate sobre paradigmas, por outro lado, tratar de epistemologia, no âmbito dos estudos sobre administração, é uma aventura ainda incipiente. Por mais que a ciência da administração venha sofrendo mutações, substituindo a impessoalidade e a visão do homem como recurso pela maior ênfase à consciência das responsabilidades sociais, o desafio de relacionar com equilíbrio a racionalidade instrumental com a substantiva nas empresas ainda parece muito problemático. Isto ocorre pelo fato da administração assumir um papel relativamente funcional ao desenvolvimento das sociedades centradas no mercado. Ao tempo em que é reconhecida como derivada das ciências humanas e sociais mais antigas, sua vertente clássica, como indicam Boeira e Vieira (2006), foi fortemente influenciada pela engenharia, incorporando métodos das ciências físicas, as quais compartilham duas premissas: a) estipulam existir uma única realidade a ser apreendida, considerada externa a todos os pesquisadores; b) estipulam que o conhecimento científico transcende o nível da simples observação dos fatos.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Nesse sentido Moreira (2002, p. 6) argumenta que, para ir além dos fatos observados, os cientistas precisam inventar conceitos tais como o de átomo, campo, massa, energia, adaptação, integração, seleção, classe social ou tendência histórica.

### 1.1.2 Paradigma da complexidade

Morin (2007) reconhece que vários paradigmas existem simultaneamente. A abordagem deste autor é fundamentada em uma longa história de pesquisas sobre inúmeros autores de diversas áreas de conhecimento, como indicam Boeira e Vieira (2006). Como exemplo, podemos destacar a física quântica, a teoria dos sistemas, a química, a biologia, a astrofísica, a teoria da comunicação, a antropossociologia, dentre outras.

A aspiração à complexidade tende para o conhecimento multidimensional, visto que ela tenta conceber articulações entre todos os aspectos possíveis, de forma a respeitar suas diversas dimensões. O econômico, o psicológico e o demográfico, por exemplo, correspondem às categorias disciplinares especializadas que apresentam as diferentes faces de uma mesma realidade. É preciso distingui-los, mas não isolá-los. Esse é o apelo do pensamento multidimensional: encontrar o caminho de um pensamento dialógico (MORIN, 2007).

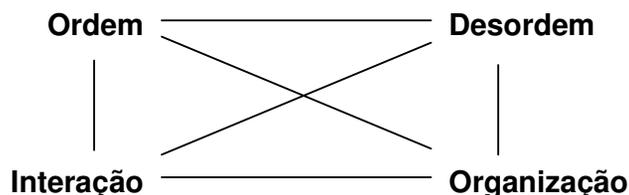
Morin (2007) afirma que o ‘todo’ é complexo, o que torna necessário estabelecermos uma análise dialógica para entendermos a parte, que, por sua vez, também é complexa. Complexidade que está presente no indivíduo, que, a partir do seu processo organizador, torna-se sujeito. A análise dialógica, nesse contexto, é compreendida como uma instância produtora de subjetividade, a qual requer considerar que o ser humano é como um todo inacabado que se constitui de suas relações sociais, com os seus processos de escolarização, com suas contradições, ambigüidades e com suas memórias. Quer estejamos no plano individual ou nas empresas, imaginamos nossas ações em função das certezas (ordem), das incertezas (desordem) e de nossas aptidões para organizar nosso pensamento, possibilitando a modificação de nossas decisões em decorrência das informações que surgem durante os processos.

De acordo com Morin (2007), quando avançamos com a complexidade percebemos que existem dois núcleos ligados. De um lado o núcleo empírico e de outro o lógico. O empírico contém as desordens, as eventualidades, complicações, confusões, etc. O lógico, por sua vez, é formado pelas contradições que devemos necessariamente enfrentar. A complexidade é a junção de conceitos que lutam entre si, cujo imperativo é, também, o de pensar de forma organizacional; é compreender que a organização não se resume a alguns princípios de ordem, a algumas leis; a organização precisa de um pensamento complexo.

A idéia de ordem demanda o diálogo com a idéia de desordem. A idéia enriquecida de ordem (que recorre às idéias de interação e de organização), que não pode expulsar a

desordem, é muito mais rica do que a idéia do determinismo. Por sua vez, a idéia de desordem envolve dois pólos: objetivo e subjetivo. O objetivo envolve irregularidades, instabilidades, os acontecimentos, os acidentes, as desorganizações, as desintegrações, os ruídos, os erros. O subjetivo envolve a indeterminabilidade. A desordem não só se opõe à ordem, mas também coopera com ela para criar organização.

De acordo com Morin (2007, p. 204), para estabelecermos o diálogo entre ordem e desordem, precisamos associá-las a outras noções e partir de uma dialógica entre esses termos; cada um chamando o outro, precisando do outro para se constituir, cada um inseparável do outro, complementar do outro, sendo antagônicos entre si. Desta maneira, surge a idéia do tetragrama, donde não podemos eliminar nenhum dos termos, mas, sim, conceber a combinação entre eles:



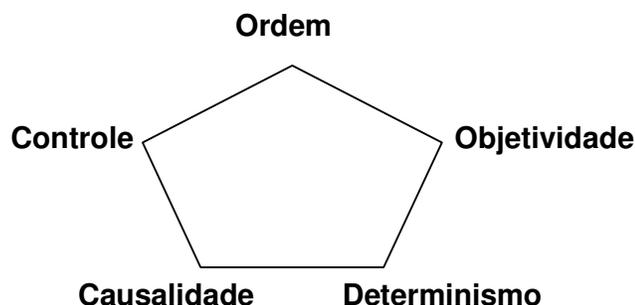
**Figura 1: Tetragrama da dialógica entre termos**

Fonte: Morin (2007, p. 204).

O trabalho com a incerteza incita a criticar o saber estabelecido, que se impõe como certo. Incita também o auto-exame e à tentativa de autocrítica. Incita ainda o pensamento complexo; complexidade que não é só pensar o uno e o múltiplo conjuntamente, mas também pensar conjuntamente o incerto e o certo, o lógico e o contraditório. Para Morin (2007), o caminho da incerteza é um caminho para compreendermos, provisoriamente, as contradições e aceitarmos o imprevisível. Etkin (2003), neste sentido, argumenta que a questão não é conduzir, mas aprender a navegar e manter um rumo possível. Boeira e Vieira (2006) indicam que não se trata de expulsar a certeza com a incerteza, mas, sim, de um movimento de ir e vir constante entre certezas e incertezas, entre o elementar e o global, entre o separável do inseparável, cuja intenção não é a de abandonar os princípios da ordem e da lógica, mas de integrá-los numa concepção mais rica e abrangente. Morin (2007) considera que não se deve querer superar a incerteza e a contradição, mas enfrentá-las e trabalhar com e contra elas.

A definição de ordem comporta pelo menos três níveis. O primeiro nível comporta os fenômenos sociais em que a ordem se manifesta como constância, estabilidade, regularidade e repetição. O segundo nível é o da natureza da ordem, que engloba a determinação, a coação, a

causalidade e a necessidade que fazem os fenômenos obedecer às leis que os governam. Já no terceiro nível, mais profundo, a ordem significa coerência, possibilidade de deduzir ou induzir, além de prever, identificando-se com a racionalidade, concebida como harmonia entre a ordem da mente e a do mundo, que pode ser representada por um pentágono cujo elemento chave é a ordem, como ilustrado abaixo:



**Figura 2: Pentágono de racionalidade**

Fonte: Adaptado pelo autor da obra de Morin (2007, p. 208).

Por outro lado, a noção de desordem também comporta vários níveis. No primeiro a desordem é um conceito mala que engloba irregularidades, inconsistências, instabilidades. No segundo aparece a eventualidade e o acaso. Já no terceiro nível, o acaso nos priva da lei, insulta a coerência e a causalidade, desafia o pentágono da racionalidade aparecendo como irracionalidade, incoerência (MORIN, 2007). Enquanto a ordem permite a previsão, o domínio da desordem é aquilo que traz a incerteza diante do incontrolável, do imprevisível. Essa dialógica, no entendimento de Morin (2007), constitui a própria complexidade.

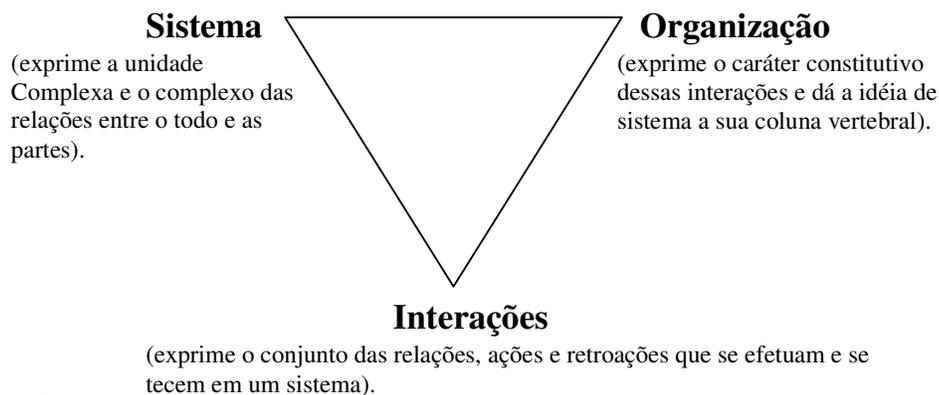
As organizações vivas toleram a desordem, combatendo-a e se regenerando no próprio processo que toleram. O que deveria causar a desintegração acaba determinando um processo de contra-ataque que reorganiza de uma nova maneira. Quanto mais complexa, maior será a aptidão para tolerar, integrar e combater a desordem. No entendimento de Agostinho (2003), a auto-organização é a saída concebida pela complexidade para evitar a rigidez burocrática que resultaria em dificuldades para adaptação da organização ao ambiente em constante mudança. Etkin (2003) considera que a auto-organização tem como função ajustar a realidade interna aos imprevistos e manter as condições que dão continuidade e coesão às atividades e relações que sustentam a organização; processo este que se constrói nas relações cotidianas. Talvez a auto-organização seja a característica mais interessante dos sistemas complexos adaptativos, entendidos como sistemas que aprendem, uma vez que conseguem incorporar a suas próprias estruturas o que aprendem do mundo ao longo das interações.

Emilio Roger Ciurana (2007, p.) analisa a obra de Morin e ratifica o entendimento de que

*el principio hologramatico nos permite comprender un hecho básico a la hora de pensar la sociedad, la cultura, la constitución simbólica de la sociedad: en cierto modo el todo está incluido en la parte que está incluida en el todo. La parte podría ser más o menos apta para regenerar el todo.*

Neste sentido, o todo é mais do que a soma das partes, já que em seu nível surgem não só uma macrounidade, mas também emergências (propriedades novas). O todo é menos que a soma das partes, pois inibe algumas das propriedades inibidas destas pela coação resultante da organização do todo. O todo é mais do que o todo, uma vez que o todo retroage sobre as partes que também retroagem sobre o todo, representando um dinamismo organizacional. Da mesma forma, as partes também são ao mesmo tempo menos e mais do que as partes, haja vista que as emergências dentro de um sistema complexo, como a sociedade humana, ocorrem no nível da sociedade, mas, sobretudo, no nível nos indivíduos. Há, dentro do todo, ignorâncias mútuas, falhas entre o reprimido e o exprimido. Não é só o indivíduo que ignora e é inconsciente da totalidade social, mas também a totalidade social que é ignorante-insconsciente dos sonhos, aspirações, amores e ódios dos indivíduos (MORIN, 2007).

As relações todo-partes devem ser mediadas necessariamente pelo termo interações. As qualidades emergentes que resultam da interação de partes ou movidas segundo algumas poucas e simples regras são destacadas também por Agostinho (2003). A maior parte dos sistemas é constituída não de partes, mas de ações entre unidades complexas, constituídas de interações. O conjunto dessas interações constitui a organização do sistema. O conceito de sistema precisa ser pensado em termos do paradigma da complexidade, através de um macroconceito, em que uma série de conceitos interagem entre si e faz emergir uma nova figura. Segundo Ciurana (2007, p.), para definir o conceito complexo de sistema, vamos a “*hacer intervenir el concepto de organización y de interacción o interrelación*”.



**Figura 3: O macroconceito de sistema**

Fonte: Adaptado pelo autor de Morin (2007, p. 264-265).

O novo paradigma proposto por Morin (2007) comporta incertezas, antagonismos, associando termos que se implicam mutuamente, permitindo progredir com a explicação, não eliminando, mas reconhecendo a incerteza e concebendo a complexidade da seguinte relação:



**Figura 4: Novo paradigma**

Fonte: Morin (2007, p.287).

Para elaboração do princípio da complexidade, é preciso que a incerteza, a indeterminação, as contradições alimentem a explicação complexa. Complexa por unir noções que se excluem no âmbito do princípio da simplificação; porque estabelece implicação mútua entre noções distintas; porque introduz a causalidade complexa, recorrente, para qual o processo organizador elabora as ações necessárias para sua própria regeneração.

Quanto aos princípios do paradigma da complexidade, Boeira e Vieira (*apud* GODOI, *et.al.*, 2006) apresentam uma síntese, a qual serviu de base para a adaptação apresentada a seguir:

1.	Princípio sistêmico ou organizacional: oposto ao reducionista, liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considerando qualidades novas em relação às partes consideradas isoladamente: as emergências.
2.	Princípio hologramático: evidencia o aparente paradoxo dos sistemas complexos, nos quais não somente a parte está no todo, mas também o todo se inscreve nas partes. A sociedade, como todo, aparece em cada indivíduo, por meio da linguagem, da cultura e das normas.
3.	Princípio do anel retroativo: a causa “age” sobre o efeito e este sobre a causa. As retroações são numerosas nos fenômenos econômicos, sociais, políticos, psicológicos ou ecológicos.
4.	Princípio do anel recursivo: supera a noção de regulação com a de autoprodução e auto-organização. Os indivíduos humanos produzem a sociedade em suas interações, mas a sociedade, enquanto todo emergente, produz a humanidade desses indivíduos fornecendo-lhes a linguagem e a cultura.
5.	Princípio de auto-eco-organização: Os seres humanos são auto-organizadores e precisam extrair energia, informação e organização do próprio meio ambiente. Sua autonomia, por sua vez, é inseparável dessa dependência.
6.	Princípio dialógico: une dois princípios que se excluem. A dialógica permite assumir racionalmente a associação de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo.
7.	Princípio da reintrodução daquele que conhece em todo conhecimento: restaura o sujeito nos processos de construção do conhecimento. Todo conhecimento é uma reconstrução/tradução por um espírito/cérebro numa certa cultura e num determinado horizonte temporal.

**Quadro 2: Síntese dos princípios do paradigma da complexidade**

Fonte: Adaptado pelo autor de Boeira e Vieira (2006, p. 41 e 42).

Segundo Ciurana (2007, p.), estes princípios

*[...]nos situan en un espacio mental en donde podemos entender la dialógica (complementariedad, concurrencia y antagonismo) entre orden y desorden; entre individuo / sociedad / cultura; entre sapiencia y demencia, etc. En donde podemos entender la recursividad organizacional que opera en la creación de ese fenómeno al que llamamos sociedad; en la creación de los sentidos sociales: sentidos que emergen a partir de la interacción entre los individuos y que por retroacción crean a los individuos. Somos, en cierto modo, el reflejo de la sociedad-cultura que al mismo tiempo nos refleja.*

O paradigma da complexidade parte de um pensamento (MORIN, 2003, p. 88)

- que compreenda que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e que o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes;
- que reconheça e examine os fenômenos multidimensionalmente, em vez de isolar, de maneira mutiladora, cada uma das suas dimensões;
- que reconheça e trate as realidades, que são, concomitantemente solidárias e conflituosas (como a própria democracia, sistema que se alimenta de antagonismos e ao mesmo tempo os regula);
- que respeite a diferença, enquanto reconhece a unicidade.

Pode-se inferir, dessa forma, que a proposta da complexidade é a abordagem transdisciplinar dos fenômenos e a mudança de paradigma; abandonando o reducionismo que tem pautado a investigação científica em todos os campos, como a abordagem funcionalista ou determinista, e dando lugar à criatividade. A complexidade não deve ser concebida como receita, mas como um desafio e uma motivação para pensar. Ela surge como dificuldade,

incerteza e não como clareza e resposta. O problema da complexidade nada mais é do que o esforço para conceber um incontornável desafio que o real lança sobre nossa mente.

### 1.1.3 Teoria da delimitação dos sistemas sociais

Guerreiro Ramos (1981), em seu livro *A nova ciência das organizações* (por muitos considerado um clássico), procura demonstrar que a teoria das organizações é ingênua porque se volta para interesses práticos imediatos, determinados pela dinâmica mercadológica. Ele critica a racionalidade instrumental em que se fundamenta esta teoria, determinada por expectativa de resultados ou fins calculados, a qual é característica do sistema de mercado, o que contribui para uma visão unidimensional das sociedades. Para o autor, as organizações têm sido interpretadas como sistemas fundamentados na razão instrumental, embora sejam simultaneamente sistemas cognitivos, epistemológicos e cenários sociais.

Guerreiro Ramos (1981) conclui que a psique<sup>13</sup> humana deve ser o aspecto central na redefinição das ciências sociais e da teoria organizacional<sup>14</sup>. De acordo com Guerreiro Ramos (1981), os sistemas sociais atuais fracassam ao focalizar mais a sociedade do que o indivíduo, renegando a racionalidade substantiva para o segundo plano. Assim, conforme indicam Boeira e Vieira (2006), Guerreiro Ramos (1981, p. 6) desenvolve uma abordagem da teoria organizacional com base na racionalidade substantiva, a qual, diferente da racionalidade instrumental, é uma percepção inteligente das inter-relações que tornam possível uma vida pessoal orientada por julgamentos independentes.

De acordo com Guerreiro Ramos (1981), a teoria convencional da organização não é capaz de oferecer uma compreensão da complexidade dos sistemas sociais que, sem inclusão de considerações substantivas, acabam deformando a linguagem e os conceitos pelos quais a realidade é aprendida, o que traz como consequência a prevalência de uma comunicação sistematicamente distorcida. Na maior parte das vezes, a teoria organizacional se confunde com o pensamento organizacional, sobrepondo seus requisitos à conduta humana e recorrendo à critérios de eficiência social e organizacional. O autor, ao evidenciar a incapacidade de análise da teoria organizacional frente à complexidade dos sistemas sociais organizados, atribui isto ao que denomina síndrome comportamentalista, cujos padrões cognitivos são interiorizados pelos indivíduos para enfrentar os desafios impostos pela sociedade. Desta

---

<sup>13</sup> Entendida como a alma, espécie de energia típica dos seres animados, responsável pelos movimentos e ações dos seres humanos (SERAFIM, 2001).

<sup>14</sup> Ana Paula Paes de Paula publicou no III ENEO realizado em Atibaia um artigo cujo objetivo é o de resgatar o pensamento de Guerreiro Ramos.

forma, o autor conclui que a teoria da organização não pode deixar-se levar por esta síndrome; é preciso levar em conta tantos os requisitos funcionais quanto os substantivos, mantendo sua autonomia em relação ao pensamento organizacional (PAES DE PAULA, 2004).

Na opinião de Guerreiro Ramos (1981), as organizações formais se tornaram predominantes e a teoria organizacional disseminada nas escolas e universidades não conscientiza as pessoas, apenas representa uma manifestação do sucesso da política cognitiva, apontada pelo autor como a responsável por afetar adversamente a prática e o ensino da administração. A política cognitiva é prática habitual das sociedades centradas no mercado, na qual os cidadãos absorvem acriticamente regras impostas pela mídia e pelo sistema educacional (PAES DE PAULA, 2004).

Com o argumento de que é preciso ampliar o sistema centrado no mercado e criar novos sistemas sociais que possam atender às necessidades sociais e individuais (haja vista a impossibilidade de o indivíduo se realizar completamente no contexto das organizações econômicas), Guerreiro Ramos (1981) propõe desprezar as prescrições da síndrome comportamentalista e delimitar o papel das organizações. Segundo o autor, é inadequado afirmar que o interesse pelas pessoas possa ser harmonizado com o interesse mercadológico, o que somente se justificaria com uma abordagem unidimensional da organização e do ser humano. Quanto mais a atividade humana é considerada administrativa, menos ela é uma expressão de realização pessoal, visto que as exigências das organizações econômicas não coincidem, necessariamente, com aquilo que é requerido pela existência humana. Para viver conforme as prescrições da sociedade centrada no mercado, o indivíduo é coagido a reprimir a razão normativa em sua existência social, o que prejudica a sua capacidade de regular suas próprias ações como ser humano livre.

O autor propõe um novo paradigma, o qual denomina paraeconômico, ou teoria da delimitação dos sistemas sociais, cujo cerne é a noção de delimitação organizacional. Esta teoria orienta a percepção do pesquisador-planejador sobre a diversidade de sistemas ou enclaves existentes na sociedade centrada no mercado. Parte do pressuposto de que o ser humano é multidimensional<sup>15</sup> por natureza, dotado de uma força ativa que lhe permite ordenar a vida em sua psique. Este modelo multidimensional, em que o mercado é considerado legítimo e necessário, mas sujeito a limites e regulações, contrapõe o sistema social

---

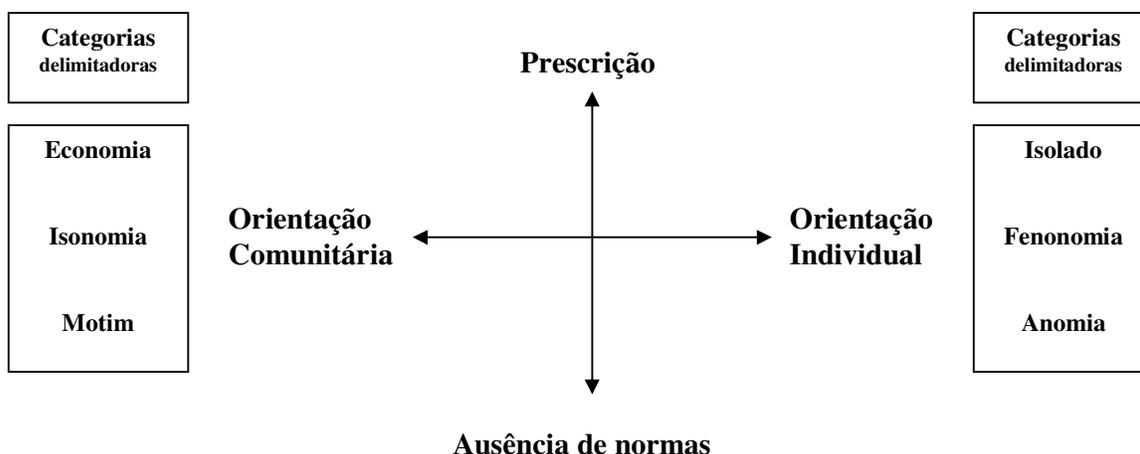
<sup>15</sup> A multidimensionalidade do ser humano requer que sua psique seja constituída de três dimensões (razão, espírito/sentimento, e, necessidade) verificáveis através da análise da motivação humana e da expressão dos conflitos que decorrem dos diversos apelos motivacionais. A razão possibilita ao ser humano decidir entre o falso e o verdadeiro, ordenando sua vida pessoal e social. A dimensão do espírito/sentimento nos levam a manifestações como o orgulho e a indignação, entre outras. Já os motivos primários se expressam pela dimensão da necessidade.

predominantemente unidimensional que considera o mercado como a categoria principal que ordena os negócios pessoais e sociais (PAES DE PAULA, 2004). Desta forma, a teoria da delimitação dos sistemas sociais se estrutura, não apenas no autodesenvolvimento do ser humano, mas na crítica ao reducionismo praticado com a razão instrumental e na ordenação delimitadora dos diversos sistemas ou enclaves.

A delimitação organizacional envolve: a) a sociedade vista como uma variedade de enclaves em que o indivíduo se empenha em diferentes atividades substantivas; b) um sistema de governo capaz de formular e implementar políticas públicas e decisões distributivas para a promoção de transações entre tais enclaves sociais (GUERREIRO RAMOS, 1981). A teoria proposta por Guerreiro Ramos (1981) parte da conceituação das categorias delimitadoras, dentre as quais o mercado é apenas mais um enclave dentro de uma realidade social multicêntrica. Visto desta forma, a delimitação organizacional pode ser compreendida como uma tentativa de superar o processo contínuo de unidimensionalização da vida individual e coletiva.

O autor convoca para uma nova busca intelectual, centrada na razão, que é o “conceito básico de qualquer ciência da sociedade e das organizações” (GUERREIRO RAMOS, 1981, p. 23). No entanto, a racionalidade instrumental não pode ser considerada razão, no seu sentido original, pois o mercado é tido como enclave de uma realidade multicêntrica em que podem existir múltiplos critérios substantivos de vida pessoal e uma variedade de padrões de relações interpessoais. Na concepção desse paradigma, o ser humano deve ocupar-se com o ordenamento de sua existência conforme suas próprias necessidades de realização e não conforme o sistema de valores de mercado. Assim, o indivíduo pode ter ação adequada, em vez de se comportar apenas de maneira que venha a corresponder às expectativas de uma realidade social dominada pelo mercado. O ser humano, enquanto participante somente do enclave econômico, é submetido a compulsões operacionais que inibem a sua racionalidade substantiva.

O paradigma paraeconômico observa a combinação de duas dimensões: a orientação individual *versus* comunitária e a prescrição *versus* ausência de normas.



**Figura 5: Paradigma paraeconômico**  
 Fonte: Adaptado de Guerreiro Ramos (1981).

Ao delimitar o espaço para a orientação individual e comunitária, Guerreiro Ramos (1981) estabelece a existência de lugares para a realização individual livre de prescrições impostas pelo mercado, que tanto pode ocorrer em pequenos ambientes, quanto em comunidades, donde é possível uma verdadeira escolha pessoal, tendo-se em mente a multidimensionalidade do ser humano. Quanto ao espaço da prescrição e da ausência de normas, é importante o registro de que a execução de qualquer trabalho requer a observância de normas operacionais. No entanto, há uma relação inversamente proporcional entre o caráter econômico do trabalho e a oportunidade de realização pessoal. Quanto maior for o caráter econômico, menores serão as chances de se obter a realização pessoal, visto que inibe a oportunidade de escolhas (SERAFIM, 2001).

Dentre as categorias delimitadoras do paradigma paraeconômico, conforme indicado na figura 05 exposta anteriormente, podemos buscar uma definição da seguinte forma.

<b>Anomia</b>	A vida social é marginalizada. Indivíduos desprovidos de normas e incapazes de ter um projeto social. Como exemplo, viciados, excluídos, criminosos, etc.
<b>Motim</b>	Referência a coletividades desprovidas de normas e do senso de ordem social.
<b>Isolado</b>	Indivíduos que, por uma série de razões, consideram o mundo social incontrolável, encontrando guarida em um rígido sistema de crenças. Como exemplo, empregados não participantes e cidadãos que não expõem suas convicções pessoais.

**Quadro 3: Categorias delimitadoras**  
 Fonte: Adaptado de Guerreiro Ramos (1981).

As principais categorias delimitadoras concebidas por Guerreiro Ramos (1981) são sintetizadas no quadro a seguir:

	<i>Definição</i>	<i>Características</i>
<b><i>Economia</i></b>	Contexto organizacional altamente ordenado, como os monopólios, as firmas competidoras e as organizações sem fins lucrativos que se voltam para a produção de bens ou serviços.	a) Os clientes para os quais produz bens e/ou presta serviços têm influência direta ou indireta no planejamento e execução de suas atividades; b) A sua sobrevivência está condicionada à eficiência com a qual produz bens e/ou presta serviços para os clientes; c) Em geral assumem grandes dimensões de tamanho e complexidade; d) Os seus membros são detentores de empregos e avaliados como tais; e) A circulação de informações é condicionada pelos interesses pessoais ou empresariais.
<b><i>Isonomia</i></b>	Contexto organizacional no qual os membros são iguais, como, por exemplo, as associações de estudantes e minorias, as empresas de propriedade dos trabalhadores, algumas associações artísticas e religiosas, associações locais de consumidores e grupos de cidadãos interessados em assuntos e problemas da comunidade.	a) Tem como objetivo essencial permitir a atualização de seus membros, baseada em prescrições mínimas que são estabelecidas por consenso; b) É autogratificante, pois nela indivíduos livremente associados desempenham atividades compensadoras em si mesmas; c) As atividades são promovidas como vocações e não como empregos; d) O sistema de tomada de decisões e de fixação de diretrizes políticas é abrangente, não diferenciando entre líderes e liderados; e) Sua eficácia está condicionada à prevalência de relações interpessoais primárias entre seus membros.
<b><i>Fenonomia</i></b>	Sistema social “[...] <i>mais ou menos estável, iniciado e dirigido por um indivíduo, ou um pequeno grupo, que permite aos seus membros o máximo de opção pessoal e um mínimo de subordinação a prescrições operacionais formais</i> ” (GUERREIRO RAMOS, 1981, p. 152). É o caso de oficinas de artistas, escritores, jornalistas, inventores e outros que trabalham por conta própria.	a) A constituição de um ambiente no qual as pessoas possam liberar sua criatividade, que seja estabelecido com plena autonomia; b) Seus membros se engajam em obras automotivadas, que consideram relevantes em termos pessoais; c) Trata-se de um cenário social protegido do mercado: a comercialização de seus produtos é consequência e não finalidade; d) Apesar de interessados em suas próprias singularidades, seus membros têm consciência social.

**Quadro 4: Definição das principais categorias da Teoria da Delimitação de Sistemas Sociais**

Fonte: PAES DE PAULA (2004).

Em seu artigo publicado na Revista de Administração Pública, em 1984, intitulado Modelos de homem e teoria administrativa, Guerreiro Ramos procura, em cada uma das categorias expostas, projetar um modelo de homem que não existe no contexto real em sua forma pura. Distingue-se o homem operacional, o reativo e parentético; modelos cujas características estão presentes em maior ou menor grau, em cada ser humano. É oportuno mencionar a necessária presença dessas características em cada ser humano, haja vista que, sem elas, passaríamos à condição de unidimensionalidade. O quadro seguinte apresenta uma síntese conceitual e das características mencionadas de cada modelo projetado por Guerreiro Ramos.

<b>Homem operacional</b>	<b>Homem reativo</b>	<b>Homem parentético</b>
Busca apenas sua subsistência e necessidades básicas, sejam as de natureza primária ou sociais.	Fruto de uma nova visão para a motivação. Constata a influência de seus valores e sentimentos na produção econômica e organizacional.	Concepção do ser humano na dimensão lúcida da razão.
<b>Demais características:</b> - passividade; - ajuste via treinamento formal; - motivação baseada em recompensa material e econômica; - ausência de preocupação ética relacionada ao trabalho; - ausência de liberdade pessoal; - ausência de recompensa intrínseca ao trabalho.	<b>Demais características:</b> - adaptabilidade às normas do grupo institucional; - subordinação aos ditames do grupo informal e adaptabilidade ao meio; - modelo que expressa a adaptabilidade e a sociabilidade do ser humano, imergindo-o no grupo e subordinando-o a ele.	<b>Demais características:</b> - participação ativa nas organizações; - consciência crítica dos valores organizacionais; - compreende os ditames da razão substantiva; - dimensiona e avalia o espaço em que vive; - procura compreender o meio social; - comprometido na construção da vida particular com base em valores éticos; - expressa a autonomia.

**Quadro 5: Modelos de homem**

Fonte: Adaptado de Guerreiro Ramos (1984).

Guerreiro Ramos (1984) constata que cada modelo de homem pode ser associado às dimensões da razão. O quadro a seguir procura indicar a correlação dos conceitos apresentados até o momento.

<b>Ser humano</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Categorias delimitadoras</b>	<b>Modelos de homem</b>
<b>Único e Multidimensional</b>	Política	Fenonomia	Parentético
	Social	Isonomia	Reativo
	Biológica	Economia	Operacional

**Quadro 6: Correlação entre as principais categorias delimitadoras, modelos de homem e dimensão da razão**

Fonte: Adaptado de Guerreiro Ramos (1984).

Ao tempo em que o paradigma paraeconômico requer levar em conta atividades remuneradas e não remuneradas, Guerreiro Ramos (1984) enfatiza que o modelo proposto não é anti-mercado, haja vista procurar redimensionar a importância e a centralidade do mercado nas sociedades contemporâneas. Da mesma forma, a teoria da delimitação não pretende a eliminação das prescrições do mundo social, visto que são indispensáveis à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de apoio de qualquer coletividade. Nos sistemas sociais que buscam a realização pessoal, as prescrições não são eliminadas, mas minimizadas, sem transformar os indivíduos em agentes passivos (SERAFIM, 2001). Conforme interpretam Boeira e Vieira (2006), Guerreiro Ramos, ao propor a teoria da delimitação dos sistemas

sociais, afasta-se nitidamente do pensamento mercadocêntrico para buscar um pensamento multicêntrico e multidimensional.

Neste ponto, é oportuno buscar uma complementaridade entre as idéias de Morin e de Guerreiro Ramos. Como bem argumentam Vieira e Boeira (2006), para Morin, enquanto a razão instrumental é produto do paradigma disjuntor-redutor, a razão substantiva tratada por Guerreiro Ramos corresponde ao pensamento complexo. Ao visar a auto-realização humana em uma sociedade multicêntrica, Guerreiro Ramos (1981) evidencia a diversidade na unidade das formas organizacionais. Enquanto Morin (2007), por outro lado, sugere a unidade na diversidade de pensar o fenômeno organizacional, as interações e retroações entre ordem e desordem, visando, da mesma forma, a auto-realização humana em uma sociedade também multicêntrica. Ambos os autores buscam compreender a unidade na diversidade, assim como a diversidade na unidade dos fenômenos que examinam.

## **1.2 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Neste capítulo buscar-se-á a definição, através de tópicos, do problema de pesquisa; o método de investigação; a delimitação da pesquisa e seu delineamento, compreendido pelo design utilizado, sua perspectiva qualitativa e a coleta de dados. Serão abordados ainda os aspectos relacionados à análise e interpretação dos dados e os limites da pesquisa.

É oportuno o registro de que esta pesquisa parte de um estudo realizado junto às cooperativas associadas à OCESC. O estudo decorreu de um Programa de Integração Pós-Graduação-Graduação da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), para o qual, um dos propósitos, foi o de servir de base para o presente trabalho.

Utilizando-se a palavra-chave “cooperativa” nos CDs dos EnANPADs de 2003 a 2006 encontraram-se inúmeros artigos. Entretanto, após uma observação sistemática dos conteúdos, verificou-se que muitos desses artigos continham a palavra “cooperativa” em sentidos variados (“estratégia cooperativa”, por exemplo), mas não se tratavam de estudos sobre organizações cooperativas. Desta maneira, foram selecionados e fichados 41 artigos.

Os fichamentos realizados, ainda que restritos à língua portuguesa, juntamente com duas entrevistas semi-estruturadas com o Superintendente da OCESC, proporcionaram a identificação e elaboração de indicadores qualitativos que serviram de base para a produção de um questionário, aplicado, em parceria com a OCESC, às suas 252 cooperativas associadas. O questionário aplicado foi composto de duas partes. A primeira constituída por treze indicadores, para os quais foram apresentadas três alternativas: a) Não ocorre; b) Ocorre

eventualmente; c) Ocorre com frequência. Um segundo conjunto de cinco indicadores foi definido e também encaminhado às cooperativas com duas alternativas: a) Concordo; b) Discordo.

### **1.2.1 O problema de pesquisa**

Dentre os fatores que determinam a escolha dos problemas de pesquisa, Castro (2003) destaca os valores sociais do pesquisador, suas inclinações pessoais, os incentivos sociais, o grau de relação entre o método apropriado para a coleta de dados e o problema de pesquisa, a unidade de análise escolhida e o fator tempo. Cabe enfatizar a recomendação de Triviños (1987) de que o foco da pesquisa esteja vinculado ao âmbito cultural do pesquisador e/ou à prática cotidiana que ele realiza como profissional.

A reflexão sobre os resultados obtidos com o estudo já referido mostra uma realidade contraditória e complexa nas cooperativas catarinenses. Ratificaram-se constatações de conflitos e dilemas vinculados às formas de combinação dos princípios cooperativistas com as normas e valores dominantes nas sociedades de mercado. Acrescenta-se ao fato, o entendimento, por parte dos entrevistados, de que a legislação vigente se apresenta defasada e com inúmeras falhas (DEEKE *et al.*, 2007). Ressalta-se, entretanto, que o estudo teve um perfil exploratório com um relativamente baixo percentual de respondentes (39,8%), conforme já foi dito na introdução desse trabalho. O problema da pesquisa para a dissertação implicaria, conseqüentemente, a combinação de indicadores qualitativos, entrevistas e dados quantitativos, com abordagem não somente de lideranças, mas também de cooperados distantes das direções das cooperativas.

Poucos são os estudos encontrados relativos ao ramo da saúde, composto por cooperativas médicas, odontológicas, de psicólogos e de consumo; e as peculiaridades de seu contexto específico, principalmente com o advento da Lei n. 9.656/98, que regula o setor de saúde suplementar. Não obstante, verifica-se que as cooperativas sofrem pressões do mercado no qual estão inseridas, obrigando-as muitas vezes a alterar sua conduta (PASCUCCI *et al.*, 2005), e também percebe-se que a regulação do setor de saúde suplementar implica em possíveis obstáculos para a atuação dessas cooperativas no mercado (PASCUCCI *et al.*, 2006).

Portanto, nas cooperativas pesquisadas buscou-se identificar, descrever e interpretar relações entre ordem e desordem, ou seja, possíveis conflitos e dilemas entre os princípios do cooperativismo, as pressões mercadológicas e político-institucionais.

### 1.2.2 O método de investigação

A pesquisa gerencial em administração (EASTERBY-SMITH *et al.*, 1999) tem sido fundamentada principalmente em correntes filosóficas denominadas: positivista e fenomenológica, as quais são guiadas por uma fundamentação em conceitos quantitativos e qualitativos. Estas correntes estabelecem sua visão de mundo conforme suas perspectivas filosóficas próprias. A tradição positivista fundamenta-se no conceito de que o mundo existe independente da percepção do pesquisador, mundo cuja realidade é formada por partes isoladas; o positivismo rejeita a metafísico e reconhece como tipos de conhecimento o empírico e o lógico. A fenomenologia, por sua vez, concebe o mundo como socialmente construído, com a noção de intencionalidade da consciência e com a compreensão de que o objeto não existe sem sujeito.

Está fora do propósito deste estudo aprofundar a análise das diferentes concepções de métodos. Porém, com o objetivo de estabelecer uma relação entre a tradição da pesquisa gerencial em administração e a proposta de método do paradigma da complexidade, apresenta-se abaixo um quadro sintético das características do positivismo, da fenomenologia e da complexidade:

	Positivismo	Fenomenologia	Complexidade
Pressupostos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mundo é eterno e objetivo</li> <li>- Observador é independente</li> <li>- Ciência é isenta de valores (neutralidade axiológica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mundo é construído socialmente e subjetivo</li> <li>- Observador é parte daquilo que é observado</li> <li>- Ciência é movida por interesses humanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mundo é simultaneamente objetivo e subjetivo; existe unidualidade, ou complexidade, entre realidade externa e interna</li> <li>- Observador é parte do que é observado; portanto, é responsável pelo que percebe e concebe</li> <li>- Ciência é permeada por valores humanos, éticos, econômicos e políticos e tem gerado tanto o bem quanto o mal.</li> </ul>
Prioridades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focalizar fatos</li> <li>- Buscar causalidade e leis fundamentais</li> <li>- Reduzir fenômenos aos seus elementos mais simples</li> <li>- Formular hipóteses e testá-las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focalizar significados</li> <li>- Procurar entender o que está acontecendo</li> <li>- Olhar para a totalidade de cada situação</li> <li>- Desenvolver idéias a partir dos dados por meio de indução.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focalizar fatos e significados, mostrar as ambigüidades e paradoxos.</li> <li>- Associar sem fundir, distinguir sem separar a parte e o seu contexto;</li> <li>- Observar as emergências da interação das partes num contexto e a repercussão das emergências sobre as partes no mesmo contexto</li> <li>- Observar princípios sistêmicos ou organizacionais, dialógicos, recursivos, retroativos, auto-eco-organizacionais, hologramáticos e a relação entre observador-objeto como reconstrução/tradução por um espírito/cérebro numa certa cultura e num determinado tempo.</li> </ul>
Métodos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Operacionalização de conceitos para que eles possam ser medidos</li> <li>- Tomar grandes amostras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de métodos múltiplos para estabelecer visões diferentes dos fenômenos</li> <li>- Pequenas amostras investigadas em profundidade ou ao longo do tempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de métodos múltiplos visando tanto compreender quanto explicar a realidade fenomênica</li> <li>- Pequenas amostras investigadas em profundidade ou ao longo do tempo, podendo conter grandes amostras como dados secundários</li> <li>- Método é tomado como caminho estratégico, que pensa a si mesmo, em constante incerteza e busca de superação de erros e racionalizações ou ideologias.</li> <li>- Método, paradigma e teoria estão em constante interação aberta e reflexiva.</li> </ul>

**Quadro 7: Características básicas dos paradigmas positivista, fenomenológico e da complexidade**

Fonte: Boeira (2007), com adaptação a partir de Easterby-Smith *et al* (1999) e de Morin (1998).

A diferença entre qualitativo e quantitativo, segundo Minayo (2004), é de natureza. De acordo com a autora, o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, visto que a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva. Assim, tendo-se em vista a natureza do problema a ser pesquisado – o cooperativismo –, o estudo a ser realizado será qualitativo. A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser reduzida à quantificação, e que trabalha com um universo de significados tais como motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2004).

Fundamenta-se em dados coletados nas interações pessoais. Seu foco é em pessoas, cenários ou grupos, e busca compreendê-las com base em suas referências e percepções.

Um sumário das características da pesquisa qualitativa é apresentado a seguir, resumindo-se as palavras de Moreira (2002, p. 57):

- a) Foco na interpretação que os próprios participantes têm da situação em estudo;
- b) Ênfase na subjetividade, em vez da objetividade: aceita-se que a busca da objetividade é um tanto quanto inadequada, já que o foco de interesse é justamente a perspectiva dos participantes;
- c) Flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa: o pesquisador trabalha com situações complexas, que não permitem a definição exata e *a priori* dos caminhos que a pesquisa irá seguir;
- d) Orientação para o processo e não para o resultado: a ênfase está no entendimento e não num objetivo predeterminado, como na pesquisa quantitativa;
- e) Preocupação com o contexto, no sentido de que o comportamento das pessoas e a situação ligam-se intimamente na formação da experiência;
- f) Reconhecimento do impacto do processo de pesquisa sobre a situação de pesquisa: admite-se que o pesquisador exerce influência sobre a situação de pesquisa e é por ela também influenciado.

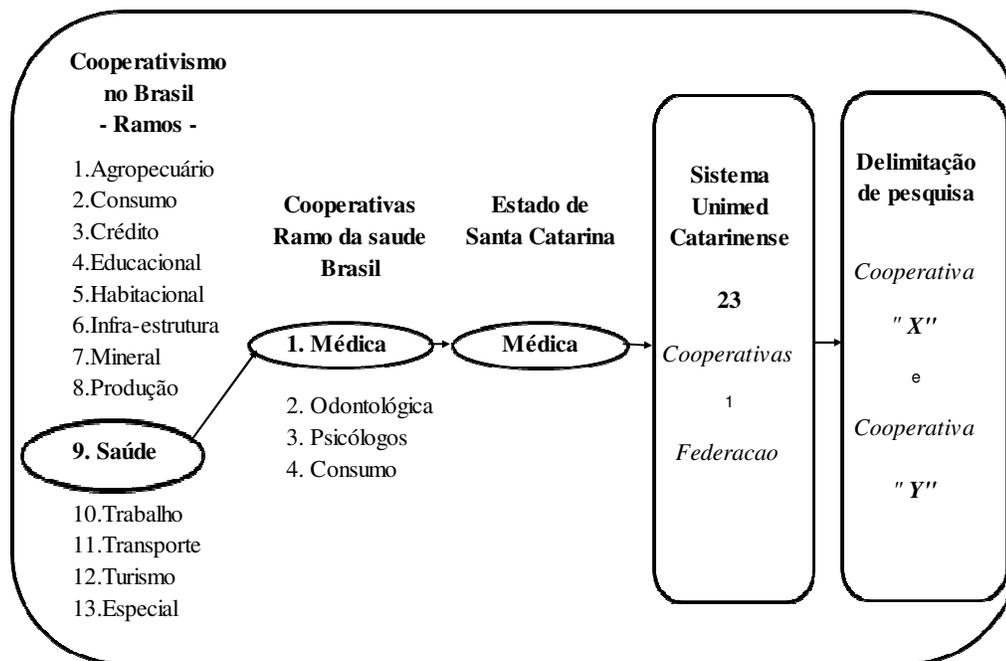
A pesquisa qualitativa ajuda a compreender os atores sociais, aquilo que os levou a agir como agiram, ouvindo-os a partir de sua lógica e exposição de razões (GODOI, *et al.*, 2006). O estudo qualitativo é descritivo e reconstrutivo. O método fenomenológico ou interpretativo (MOREIRA, 2002), que serve de base à pesquisa qualitativa, é parcialmente identificado com o paradigma da complexidade, e se distingue claramente do método experimental, quantitativo ou positivista (que se enquadra no paradigma disjuntor-redutor).

### **1.2.3 A delimitação de pesquisa**

No Estado de Santa Catarina, dos 13 ramos do cooperativismo existente no país, somente o ramo do turismo não é contemplado com cooperativas registradas. Essa dissertação focalizou o ramo da saúde, mais especificamente duas cooperativas UNIMED, pelas razões já apontadas na introdução.

As duas cooperativas UNIMED catarinenses foram escolhidas pelos critérios de tamanho (número de clientes de plano de assistência à saúde e faturamento bruto) e

representatividade junto à Federação Estadual. As unidades da UNIMED não são identificadas de forma a preservar, dentre outros aspectos, a identidade dos entrevistados, passando a ser denominadas, para efeito de análise deste projeto, como “UNIMED X” e “UNIMED Y”, conforme mostra a figura a seguir:



**Figura 6: Delimitação de pesquisa**

Fonte: Adaptado pelo autor.

#### 1.2.4 O delineamento da pesquisa e a coleta de dados

O *design* pode ser definido como seqüência lógica que liga o dado empírico às questões prévias do estudo e às conclusões. É uma ação planejada para se partir de um ponto e chegarmos a outro, ou seja, é o mapeamento que indica o caminho a ser seguido, desde a formulação das questões até o conjunto de resultados ou conclusões sobre estas (CASTRO, 2003). Yin (2001) o define como guia para que o investigador possa coletar, analisar e interpretar as observações.

A estratégia de pesquisa utilizada, visto que serão abordadas duas cooperativas UNIMED, é o estudo de multicasos. De acordo com Goode e Hatt (1968, p.421 *apud* GODOI, *et al*, 2006), o estudo de caso é um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social e considerando qualquer unidade social como um todo. Yin (2001, p.32) define estudo de caso como uma investigação empírica que trata de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente definidos.

Godoi (2006, p.119) nos remete às palavras de Stake (1988, p.256), segundo o qual no estudo de caso a atenção do pesquisador é focada na compreensão de um grupo ou pessoa, em sua predisposição particular de reagir à influência de agentes exteriores e em sua complexidade. O interesse do pesquisador está no processo, no contexto, na descoberta, e não nos resultados, uma variável específica ou da confirmação. Considera estudo de caso a escolha de um determinado objeto a ser estudado, o qual pode ser uma empresa ou determinado grupo de pessoas que compartilham o mesmo ambiente e a mesma experiência. De acordo com Yin (2001), os estudos de casos múltiplos têm adeptos ao longo dos anos por possibilitar o estabelecimento de comparações.

Quanto ao método de coleta de dados é importante destacar, segundo Godoi *et al.* (2006), que a pesquisa qualitativa é multimétodo por excelência e utiliza variadas fontes de informação. Segundo Yin (2001) é possível reunir essas fontes em três grupos principais: observação, entrevistas e documentos.

Por meio da observação procura-se apreender eventos ou comportamentos do fenômeno. Minayo (2004) considera a observação participante como essencial no trabalho de campo em pesquisa qualitativa, conferindo-lhe importância para a compreensão da realidade. Quando efetuado o projeto inicial deste estudo, a intenção foi a de adotar a observação participante, a qual possibilitaria ao pesquisador assumir uma variedade de funções que poderiam variar de interações sociais informais a atividades funcionais específicas (GODOI *et al.*, 2006); entretanto, infelizmente não foi obtida a autorização das cooperativas estudadas para utilização desta técnica. Este assunto será melhor abordado no item 1.2.5 deste capítulo, o qual estabelece as limitações da presente pesquisa.

As entrevistas realizadas foram do tipo *semi-estruturadas*<sup>16</sup>, o que permite a flexibilidade de correções, adaptações e esclarecimentos. Estas entrevistas seguiram um guia de tópicos para perguntas a serem formuladas. O guia de tópicos foi elaborado partindo-se do questionário utilizado pelo pesquisador quando da realização do PIPG, dados levantados em pesquisa documental e suas percepções quanto ao seu ambiente de trabalho.

Por sua vez, o exame de documentos realizado teve o intuito de trazer contribuições para o estudo de caso. Destaca-se, para fins desta pesquisa, o entendimento de Godoi *et al.* (2006, p. 135) de que documentos inclui materiais escritos, estatísticas e outros tipos de registro organizados em banco de dados. Para a pesquisa documental desta pesquisa foram

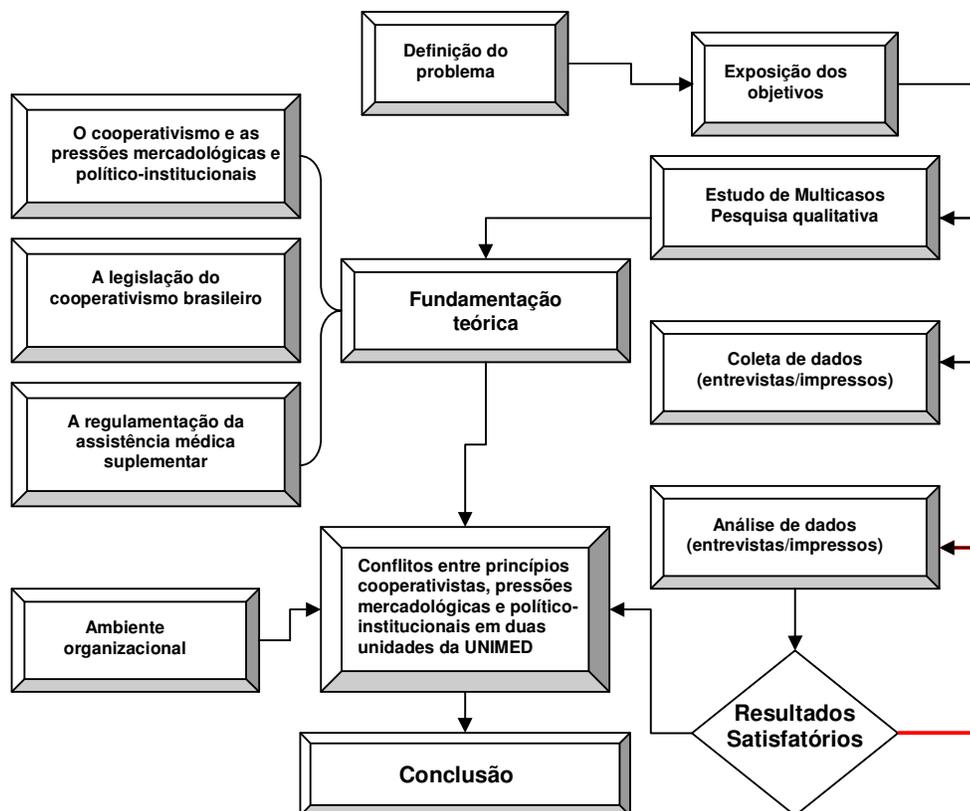
---

<sup>16</sup> Entrevistas semi-estruturadas são adequadas quando se deseja buscar a compreensão do mundo do entrevistado e as suas fundamentações para suas opiniões e crenças, tornando-se pertinentes quando o assunto é complexo, pouco explorado ou confidencial (GODOI *et al.*, 2006).

utilizados jornais, tanto *online* como impressos, inúmeros textos publicados na mídia, relatórios internos e externos das duas cooperativas UNIMED, documentos administrativos dessas UNIMEDs, dentre outros.

Pedro Demo (2000) em seu livro: metodologia do conhecimento científico, nos leva a deduzir que o conhecimento científico atende a uma demanda das sociedades contemporâneas, as quais necessitam ampliar o conhecimento sobre a natureza, sobre o homem e sobre a vida em sociedade. No entanto, o fato de o conhecimento científico ser submetido a um maior rigor não lhe confere a infalibilidade. Ele é discutível pela crítica e autocrítica, haja vista que assim é possível ter as alterações, revisões e substituições dos paradigmas. Essas considerações nos remetem às observações feitas por Domingues (2004) sobre o sentido epistemológico do termo paradigma. Para este autor, a atividade científica comporta uma dimensão teórica e outra metódica. Na teórica se formula o problema a ser investigado e se postula algo sobre a realidade; na metódica, se contrasta a teoria em relação a esta realidade. Desta forma, haja vista a abordagem qualitativa com o método de estudo de multicasos empregado, de forma a comportar essas duas dimensões, com o intuito de atingir aos objetivos específicos propostos, pode-se dizer que a presente pesquisa é de caráter exploratório.

A figura a seguir procura demonstrar o design da pesquisa deste estudo:



**Figura 7: Design da atual pesquisa**

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto ao procedimento adotado para a coleta de dados é oportuno resgatarmos os objetivos da presente pesquisa na tentativa de se obter um encadeamento que facilite a compreensão. Assim, para responder ao objetivo geral do projeto de pesquisa, foram definidos três objetivos específicos, conforme especificados na introdução deste trabalho e rerepresentados no quadro a seguir, para os quais se destacam os seguintes procedimentos metodológicos:

<p><b>Objetivo 1:</b></p> <p>Identificar e analisar os principais dilemas de cooperativas UNIMED em Santa Catarina no que se refere a possíveis conflitos entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e político-institucionais.</p>	<p><b>Procedimentos:</b></p> <p>Entrevistas semi-estruturadas (questões de múltipla escolha e abertas), com dirigentes e cooperados. Observação participante em assembléias das cooperativas.</p>
<p><b>Objetivo 2:</b></p> <p>Analisar a avaliação de dirigentes de cooperativas UNIMED-SC e seu departamento jurídico sobre a legislação do cooperativismo brasileiro e seus efeitos na gestão das cooperativas médicas?</p>	<p><b>Procedimentos:</b></p> <p>Entrevistas semi-estruturadas (questões de múltipla escolha e abertas), com dirigentes e cooperados.</p>
<p><b>Objetivo 3:</b></p> <p>Analisar, na história da legislação do cooperativismo brasileiro, a Lei 5764/71, a regulamentação da assistência médica suplementar e os efeitos do Novo Código Civil no que tange ao cooperativismo.</p>	<p><b>Procedimentos:</b></p> <p>Pesquisas bibliográfica e documental</p>

**Quadro 8: Objetivos específicos e procedimentos metodológicos**

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para o estudo multicaso em tela, a população e a amostra constituiu-se de duas cooperativas médicas UNIMED, que atuam no mercado de assistência médica supletiva, escolhidas intencionalmente, cujos critérios estão dispostos no item 1.2.3. Vai ao encontro do que argumenta Minayo (1993), de que a amostragem qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador deseja conhecer.

Para atender ao primeiro e ao segundo objetivos específicos a investigação se pautou com perguntas abertas em entrevistas semi-estruturadas, de forma a permitir que o entrevistador seguisse um roteiro previamente estabelecido e, ao mesmo tempo, possibilitasse ao entrevistado a liberdade para opinar e solicitar explicações sobre cada questão (MARCONI; LAKATOS, 2002). Conforme previsto, foram realizadas 10 (dez) entrevistas, 05 (cinco) em cada cooperativa UNIMED, junto a dirigentes, cooperados e o departamento jurídico. O número de entrevistas foi definido de forma a ser compatível com o tempo disponível para execução de todas as tarefas e análises. Minayo (1993) argumenta que a pesquisa qualitativa não possui preocupação com o tamanho da amostra, a qual deve ser vista como um holograma.<sup>17</sup>

Cabe reconhecer que entrevistas individuais não são suficientes como recursos para a compreensão de culturas organizacionais, visto que a memória de cada indivíduo, considerado

<sup>17</sup> O holograma, diz Weil (1987, p. 84), é uma boa metáfora para a relação todo/parte. O físico David Bohm diz que o holograma é o ponto de partida de uma nova descrição da realidade: a *ordem recolhida*.

isoladamente, e o que ele pretende expressar ao entrevistado, não representam com fidedignidade os aspectos culturais mais instituídos nas culturas das organizações. Entretanto, são complementos necessários à compreensão dos dilemas e das contradições vividas nas cooperativas, uma vez que se percebe claramente as limitações da técnica quantitativa na abordagem de temas complexos que envolvam a subjetividade dos entrevistados.

Ainda com relação ao primeiro objetivo, a intenção era aplicar o recurso da observação participante, tomando-se como tópico de atenção as atividades desenvolvidas na organização de pelo menos duas assembleias gerais, uma em cada cooperativa. Conforme será visto no item 1.2.5, não foi permitido este procedimento.

Com o intuito de atender ao terceiro objetivo específico foi realizada uma pesquisa bibliográfica e documental acerca do tema, com vistas a diagnosticar a situação regulamentar atual no país acerca do cooperativismo, assim como fundamentar teoricamente o trabalho e justificar os limites e contribuições da própria pesquisa. A pesquisa bibliográfica, de acordo com Ruiz (1979), consiste no exame do material levantado e a análise do que já se produziu sobre determinado assunto. Já a pesquisa documental, segundo Andrade (1999), é a análise de materiais escritos que servem de fonte de informação para pesquisa científica e que ainda não foram organizados e classificados.

#### a) Tipos de dados

Os dados secundários foram obtidos por meio de inúmeros materiais informativos, como jornais, revistas, periódicos, teses e dissertações, publicações, sejam impressas ou por meio eletrônico, e documentos da própria empresa. Além desses, buscou-se em sites especializados leis e normas governamentais, bibliografia disponível acerca do cooperativismo, a saúde suplementar e sobre o sistema UNIMED.

Os dados primários, por sua vez, foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas, conforme disposto no apêndice deste trabalho, aplicadas, para cada unidade da UNIMED: ao departamento jurídico, aos gestores e ao quadro de cooperados, priorizando os cooperados distantes da direção da unidade. Para realização das entrevistas, foi solicitada a autorização para a Diretoria de cada UNIMED a ser pesquisada. Ao todo foram realizadas 10 (dez) entrevistas com: dois advogados, quatro gestores e quatro cooperados.

As entrevistas foram marcadas de acordo com a disponibilidade de agenda dos entrevistados. O tempo de duração de cada entrevista variou de 45 minutos a 2 horas,

totalizando aproximadamente 15 horas de entrevistas. O tempo de vivência dos entrevistados em cooperativas variou de 1 a 15 anos. Antes das entrevistas, o contexto da pesquisa, assim como seus objetivos, foi apresentado a cada entrevistado. Foi dada a garantia de que nenhum entrevistado seria identificado, assim como não seria divulgada sua formação ou cargo ocupado. Desta forma, todos os entrevistados concordaram em conceder e gravar as entrevistas.

Como forma de facilitar a redação deste trabalho, quando necessária a reprodução literal de toda ou parte das entrevistas, atribuiu-se um código, ou nome fictício, a cada entrevistado. Assim, haja vista as cooperativas UNIMED não serem identificadas e terem como referência UNIMED “x” e UNIMED “y”, cada entrevistado, vinculado as suas cooperativas, são representados da seguinte forma:

UNIMED “x”	UNIMED “y”
Entrevistado 1x	Entrevistado 1y
Entrevistado 2x	Entrevistado 2y
Entrevistado 3x	Entrevistado 3y
Entrevistado 4x	Entrevistado 4y
Entrevistado 5x	Entrevistado 5y

**Quadro 9: Identificação dos entrevistados**

Fonte: Elaborado pelo autor.

## b) Análise e interpretação dos dados

Conforme indicado por Triviños (1987), a coleta e a análise dos dados ocorreram concomitantemente. Desta forma, possibilitou novas descobertas no decorrer do estudo de caso, haja vista a confrontação com outras idéias, teorias e fatos observados. A crítica exercida neste processo é necessária para produzir confiabilidade e consistência na pesquisa. É importante ressaltar que a interpretação se torna inevitável na pesquisa qualitativa, buscando-se descobrir as entrelinhas, o contexto e o significado além da palavra.

Para o processo de análise, foram seguidos os seguintes passos: coleta de dados, organização de dados, a verificação da confiabilidade dos dados e análise dos dados.

- *Coleta de dados* – buscou-se a maior quantidade de dados e informações sobre as cooperativas e o ambiente em que estão inseridas. Todos os documentos e publicações foram fonte desses dados, complementados pelas entrevistas;
- *Organização dos dados* – as informações foram organizadas em forma de tópicos, distribuídas a fim de obter-se a resposta a cada objetivo específico desta pesquisa, de

forma a possibilitar a confrontação das opiniões de cada entrevistado, assim como relacioná-las à pesquisa bibliográfica e documental;

- *Confiabilidade dos dados* – a confiabilidade foi buscada através da correlação das respostas das entrevistas realizadas em cada unidade da UNIMED analisada, com todos os documentos e publicações que serviram de fonte para a presente pesquisa;
- *Análise dos dados* - Apesar desse estudo não ter a pretensão de ser teórico-epistemológico, os dados coletados, depois de organizados em tópicos, foram analisados tomando-se como ponto de partida algumas considerações analíticas acerca do paradigma da complexidade, especialmente a contribuição de Edgar Morin (2007). Da mesma forma, o posicionamento teórico foi buscado com algumas considerações, principalmente, acerca da teoria da delimitação de sistemas sociais, de Guerreiro Ramos (1981).

A abordagem da realidade das duas unidades mostrou que ordem e desordem se apresentam como partes de um processo complexo (não linear) de constante re-organização. Já as considerações acerca da teoria da delimitação de sistemas sociais, de Guerreiro Ramos (1981), serviu de base para a análise das cooperativas UNIMED no que se refere às categorias principais: economia, fenonomia e isonomia. As demais categorias não foram abordadas (isolado, anomia e motim), sua apresentação foi para efeito de composição de modelo.

### **1.2.5 Limitações da pesquisa**

O presente trabalho de pesquisa teve algumas limitações e contratempos, relacionados às características da pesquisa qualitativa. Tanto pesquisador quanto seus pesquisados estão imersos em tecido social marcados pela cultura de uma sociedade e de uma época, o que envolve não somente conceitos, mas também pressupostos, crenças e mesmo preconceitos. O fato de o pesquisador ser gerente de outra cooperativa UNIMED pode ter induzido, positiva ou negativamente, os questionamentos e as respostas acerca das perguntas formuladas.

Para realização das entrevistas e da pesquisa bibliográfica e documental, foi solicitada a autorização para a diretoria de cada UNIMED a ser pesquisada. Uma das unidades em questão passou cerca de dois meses avaliando a possibilidade de atender à solicitação. Depois disto, a resposta foi a de que a solicitação só poderia ser atendida a partir de janeiro ou fevereiro de 2008, o que inviabilizou parte do trabalho em função do prazo-limite para a conclusão da pesquisa. Foi necessário fazer contato com outra cooperativa, com o mesmo

porte e características similares da anterior, cujo processo de solicitação para a realização da pesquisa teve de ser efetuado desde o início.

Não foi possível a utilização da técnica de observação participante em assembléia em nenhuma das cooperativas pesquisadas. Uma das unidades não efetuou, durante o período de entrevistas, nenhuma assembléia; a outra unidade alegou que, em função de data (final de ano), a assembléia apresentaria situações peculiares da cooperativa, envolvendo temas como a situação financeira. Esta limitação inviabilizou uma parte dos procedimentos metodológicos do objetivo específico 1.

## **CAPÍTULO 2**

### **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA, DILEMAS E PRESSÕES**

Este capítulo está dividido em três partes, as quais abordam a revisão da literatura sobre o cooperativismo e as pressões mercadológicas e político-institucionais; a legislação do cooperativismo brasileiro; e, a assistência médica no Brasil.

A primeira parte foca as origens do cooperativismo, no Brasil e no mundo, como forma de contextualizar o tema. Serão abordados os princípios cooperativistas, os dilemas cooperativos atuais, no contexto das pressões mercadológicas e político-institucionais com as quais se deparam as cooperativas.

A segunda parte trata da legislação do cooperativismo brasileiro. Destaca a fundamentação regulamentar do tema com a síntese histórica da regulamentação do cooperativismo; a análise da Lei n. 5764/71, e os efeitos do novo código civil para as cooperativas.

A terceira parte aborda a assistência médica no Brasil. Apresenta a contextualização da regulamentação suplementar no país e apresenta o funcionamento do setor, antes e após a regulamentação ocorrida com a promulgação da Lei 9656, em 1998.

Para a fundamentação deste capítulo foram utilizados os fichamentos de 41 artigos dos EnANPADs de 2003 a 2006 acerca do tema, levantamento bibliográfico e pesquisa documental, teses e dissertações, assim como a experiência profissional do pesquisador e consultas informais produzidas em seu ambiente de trabalho.

#### **2.1 O COOPERATIVISMO E AS PRESSÕES MERCADOLÓGICAS E POLÍTICO-INSTITUCIONAIS**

O crescimento e o desenvolvimento do cooperativismo são evidentes. A economia de mercado e a globalização dos mercados, por sua vez, produzem diversos tipos de pressões sobre as cooperativas. Mas as pressões mercadológicas não são as únicas. Também as pressões político-institucionais reproduzem dilemas a serem enfrentados em seu cotidiano.

A dimensão político-institucional estabelece regras de atuação e de representação de interesses, necessárias para o alcance da legitimidade organizacional. Conduzem a avaliação da cooperativa não somente pelo aspecto econômico, mas também pela sua adequação às exigências sociais, constituídas por determinações de ordem formal/legal; e por pressões espontâneas, não formalizadas. O processo político, neste caso, envolve a construção de entendimento e de negociação entre atores em conflito no ambiente institucional. Estes aspectos serão melhor delineados a seguir.

### 2.1.1 O cooperativismo no mundo

Segundo Padula (2006), a cooperação, sob a ótica sociológica, é a forma de integração social que pode ser entendida como ação conjugada em que pessoas se unem, de modo formal ou informal, para alcançar o mesmo objetivo. A prática da cooperação educa o homem. Substitui o individualismo por uma mentalidade aberta, flexível, participativa, humana e solidária. Cooperar é agir de forma coletiva com os outros em função de uma necessidade em comum (TRINDADE, 2007)<sup>18</sup>. A palavra cooperação vem do verbo latino *cooperare*, de *cum* e *operari*, que significa operar juntamente com alguém. Constitui trabalhar junto, em conjunto (RANGEL, 2006). Por meio da cooperação, busca-se satisfazer as necessidades humanas e resolver os problemas comuns.

A cooperação origina as cooperativas, definidas pela OCB em seu *website* como uma sociedade de pessoas organizadas em bases democráticas que visam não somente a suprir os seus membros de bens e serviços, mas também satisfazê-los em suas aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns. Tomando por base o que a Aliança Cooperativa Internacional (ACI) publica em seu *website*, acrescenta-se que é uma associação autônoma de *personas que se han unido de forma voluntaria para satisfacer sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales en común mediante una empresa de propiedad conjunta y de gestión democrática*.

De acordo com Cavalcanti (2006), o cooperativismo é uma doutrina<sup>19</sup> voltada à transformação do social através de organizações com fins predominantemente econômicos e faz parte da humanidade desde a antiguidade. Nesta época já havia formas associativas similares às cooperativas em que se destacam os grêmios no antigo Egito, que reunia agricultores e escravos; as *orglonas* e *tiasas*, formadas por cidadãos livres na Grécia; os

---

<sup>18</sup> Extraído de documentos internos da Federação das UNIMED do Estado de Santa Catarina, de autoria de Geraldo Trindade, responsável pela área de educação cooperativista, produzidos em 2007.

<sup>19</sup> Sendo doutrina, tem características de sistema de idéias fechado, segundo a abordagem de Edgar Morin.

colégios dos romanos, formados por carpinteiros e serralheiros; os incas com os *ayllus*, baseada em vínculos de sangue; e os astecas com os *capulli*, destinados ao desenvolvimento agrícola em comum (CARRADORE, 2005).

A OCB destaca que o cooperativismo foi idealizado por vários precursores. Em New Lanarck, na Escócia, havia uma fábrica de fiação em que o inglês Robert Owen dirigia e trabalhava com sistemas de avaliação e desempenho. Essa fábrica tornou-se modelo, culminando com a criação de uma vila operária na qual eram oferecidas jornada de trabalho reduzida e medidas previdenciárias. Enquanto isso, na França, Charles Fourier propunha os *falanstérios*, que na prática representavam associações em que os trabalhadores viveriam em comunidade. De acordo com Rocha (1999), Owen e Fourier, com suas experiências práticas, criaram as bases do cooperativismo. No entanto, além de Owen e Fourier, Carradore (2005) destaca como precursores do cooperativismo, dentre outros: William King, um médico inglês que sonhava com um cooperativismo internacional; Felipe Buchez, um belga que tentou organizar na França associações de produção e Louis Blanc, espanhol residente na França que se preocupou com o direito ao trabalho e a liberdade.

A partir do século XIX, entretanto, foi que o cooperativismo passou a dispor de um sentido moderno, advindo do contexto da Revolução Industrial e do surgimento do capitalismo industrial. Com essa Revolução, houve um êxodo dos trabalhadores do campo para cidade, atraídos pelas novas fábricas. Entretanto, as máquinas substituíram milhares de pessoas provocando um excesso de mão de obra nas cidades, o que levou homens, mulheres e até mesmo crianças, a se submeterem a trabalhos em condições subumanas, como jornadas de trabalho de até 16 horas e salários miseráveis. As cooperativas emergiram como uma reação do mundo operário e camponês à grave situação de exploração, em um momento em que o espírito de solidariedade havia quase desaparecido. É importante destacar a falta de capital e de formação intelecto-cultural dessas pessoas, acrescida da ausência de leis regulando os vínculos empregatícios. Assim, a única forma que os trabalhadores tinham para tentar promover uma profunda mudança na ordem social era a da associação (UNIMED do BRASIL, 2007).

Em 1844, no bairro de Rochdale, em Manchester, Inglaterra, um grupo de 28 tecelões criou as bases do que se tornaria a mais conhecida expressão do cooperativismo moderno: a Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale. Inspirados pelas idéias, principalmente de Robert Owen, o movimento apareceu como uma alternativa à exploração da classe trabalhadora, fazendo um contraponto à lógica de competição do sistema capitalista. Esses tecelões montaram, inicialmente, um armazém próprio cujos produtos oferecidos eram

farinha, manteiga, açúcar e aveia. A cooperativa passou então a apoiar a construção ou compra de casas para os tecelões e disponibilizar uma linha de produção aos produtores desempregados ou de baixa renda (PADULA, 2006). De acordo com Carradore (2005), a experiência de Rochdale deu o impulso decisivo para o estabelecimento do cooperativismo como conhecemos atualmente e conta hoje com cerca de 30 mil associados.

Com o sucesso conquistado, a experiência de Rochdale foi difundida, primeiramente na Europa, com a fundação de cooperativas de trabalho na França. Na Alemanha surgiu o primeiro Código Cooperativo, no qual se empregou pela primeira vez a expressão “direito cooperativo”. O movimento alemão foi iniciado com Raiffeisen, propugnador das caixas rurais de crédito, e Herman Schulze, fundador da associação das cooperativas alemãs, que na cidade de Delitzsch introduziu as cooperativas de crédito urbanas (BULGARELLI, 1965; POLONIO, 2004). As cooperativas de crédito surgiam para reduzir os efeitos perniciosos que o sistema capitalista exercia sobre os cidadãos.

Com a expansão e o crescimento das cooperativas, surgiu a necessidade de criação de um órgão de representação para o movimento. Assim, a Aliança Cooperativa Internacional (ACI) foi criada em 1895, em Londres. As Nações Unidas lhe concedeu status de órgão consultivo, o que contribuiu para que se tornasse a maior entidade internacional de representação do cooperativismo. Tem como prerrogativa a manutenção dos princípios cooperativos, alicerçados na solidariedade e equidade (ROCHA, 1999). Em 1963 foi criada a Organização das Cooperativas da América (OCA). Hoje o modelo cooperativista é reconhecido legalmente em todo mundo como forma de organização. Até a segunda metade do século XX predominaram as cooperativas agrícolas, mas o crescimento das cidades e os problemas sociais provocaram a expansão das organizações de trabalhadores urbanos.

Segundo dados da ACI, coletados de seu *website* no final de 2006, o movimento cooperativo reúne mais de 800 milhões de pessoas no mundo. Alguns números apresentados pela ACI são relevantes para destacar o perfil do cooperativismo: nos Estados Unidos, por exemplo, 1 de cada 4 pessoas estão ligadas ao movimento cooperativista, ou seja, há mais de 150 milhões de pessoas que participam de movimentos cooperativistas. Já na Alemanha, os dados indicam que 80% dos agricultores e 75% dos comerciantes estão organizados dessa forma. Na Argentina são 17.941 cooperativas que reúnem mais de 9 milhões de pessoas. No Canadá, 1 em cada 3 pessoas é cooperativada, assim como no Japão. Na Finlândia, 62% das

famílias são ligadas ao movimento, enquanto que em Cingapura os cooperativados somam 50% da população<sup>20</sup>.

Ainda de acordo com a ACI, as cooperativas são importantes agentes econômicos em economias nacionais. Indica que no Brasil, por exemplo, as cooperativas são responsáveis por 72% da produção de trigo, 43% da soja, 39% do leite, 38% do algodão, 21% do café e 16% do milho. As exportações realizadas por cooperativas representam mais de US \$ 1,3 bilhões. Nos Estados Unidos, as 30 maiores cooperativas têm receitas anuais superiores a US \$ 1 bilhão. Aproximadamente 30% dos produtos são comercializados através de propriedades cooperativas. No Urugua, as cooperativas produzem 90% do total da produção de leite, 34% do mel e 30% de trigo. 60% da produção das cooperativas é exportada para mais de 40 países ao redor do mundo. A Confederación Uruguaya de Entidades Cooperativas (CUDECOOP) indica em seu *website* que

*[...] o movimiento cooperativo é amplamente extendido en todo el territorio nacional, con una presencia significativa en muchos de los principales rubros de producción y servicios del país, procurando adaptar sus modelos organizativos y de gestión a las profundas transformaciones del entorno, e inmerso en un proceso de integración creciente en lo gremial y lo empresarial, a través de la acción de sus organizaciones de representación (CUDECOP, 2007).*

No âmbito mundial, é importante destacar o movimento cooperativo industrial de Mondragón, uma das mais fortes experiências cooperativistas no mundo, que se constitui em um dos principais grupos empresariais da Espanha. Um de seus pilares constitutivos é a educação, conduzida pelo Padre José Arrizmendiarieta, também conhecido como Arizmendi, voltada à transformação da realidade socioeconômica e direcionada a capacitar pessoas e desenvolver o local em que vivem. Como não havia escola pública em Mondragón quando da chegada de Arizmendi, ele captou fundos com as pessoas para instalação de uma escola comunitária, oferecendo aos contribuintes a participação na gestão da mesma. Criou-se assim um modelo de cooperativa.

Durante anos Arizmendi conduziu reuniões e estudos em busca de formas alternativas para a juventude e a classe trabalhadora, constituindo ao longo dos anos um grupo bastante homogêneo ideologicamente e com bastante autoconfiança. Arizmendi partiu do pressuposto de que primeiro deve-se formar as pessoas, para depois formar as cooperativas. No início da

---

<sup>20</sup> As informações foram extraídas do *website*: <http://www.ica.coop/coop/statistics.html>. Acessado em 30/11/2006. Quanto a fonte utilizada, o *website* indica: *The information provided here has been collected from a variety of sources including ICA's statistical questionnaire, information published by co-operative organisations, presentations made by co-operatives, and government statistical offices.*

década de 50, Arizmendi convenceu os primeiros 5 alunos formados da escola comunitária a montar sua própria empresa. O grupo adquiriu uma fábrica falida de fogões a querosene com recursos levantado junto a poupadores na cidade, a qual foi rebatizada com as iniciais dos cinco fundadores (ULGOR) e serviu de modelo para todas as outras cooperativas (LARRAÑAGA, 1998).

Uma das principais experiências de Mondragón era aliar educação, trabalho e financiamento. Destaca-se o desenvolvimento de diversas iniciativas para acumulação de capital a partir dos próprios associados, de forma a se evitar problemas de endividamento. Assim, cada associado deve contribuir com um valor real e significativo como capital social da cooperativa. Outra característica identificada é a de congregar diversas categorias de sócios, como trabalhadores, usuários e colaboradores. De forma a assegurar o poder de influência sobre os rumos da cooperativa, a cada categoria era disposto um peso político para os votos. Com o crescimento e aumento da demanda, a cooperativa se desmembra em várias outras, o que garante a geração de tecnologias e a produção de componentes necessários à cooperativa-mãe. Toda criação de novas cooperativas é precedida por estudos de mercado, de viabilidade da empresa e pela formulação de um plano de negócios antes mesmo de se constituir a cooperativa. Enfim, desenvolve-se na região, desde o início, um ambiente de cooperação entre as pessoas e as empresas existentes (LARRAÑAGA, 1998).

O modelo Mondragón representa uma nova disposição das relações, conferindo importância às relações externas do empreendimento. Ao tempo em que garante participação democrática com o sistema de um homem, um voto, requer eficácia e produtividade equivalentes a uma organização capitalista pura.

### **2.1.2 O cooperativismo no Brasil**

Há divergências entre autores quanto às origens do cooperativismo no Brasil. O *website* portal do cooperativismo<sup>21</sup> remete sua procedência a 1610, com a fundação das primeiras reduções jesuítas no Brasil, que marcou o início da construção de um Estado cooperativo em bases integrais. Baseada na persuasão dos padres jesuítas, movida pelo amor cristão e no princípio do auxílio mútuo, prática encontrada entre os indígenas brasileiros e em quase todos os povos primitivos, esse modelo deu exemplo de sociedade solidária, fundamentada no trabalho coletivo, no qual o bem-estar do indivíduo e da família se sobrepunha ao interesse econômico da produção. O mesmo *website* indica o início do

---

<sup>21</sup> <http://www.portaldocooperativismo.org.br/sescoop/default.asp>. Acessado em 29/11/2007.

movimento cooperativista organizado no Brasil no ano de 1847, quando o médico francês Jean Maurice Faivre, adepto das idéias reformadoras de Charles Fourier, fundou, com um grupo de europeus, nos sertões do Paraná, a colônia Tereza Cristina, organizada em bases cooperativas, que apesar de sua breve existência contribuiu como elemento formador do cooperativismo brasileiro. Já Padula (2006), Sapovicis e Souza (2004), indicam que o interesse pelo cooperativismo no país teve origem com a libertação dos escravos em 1888; e as cooperativas surgiram com maior força a partir de 1891 com a concessão da liberdade de associação pela Constituição. De acordo com esses autores, a primeira cooperativa de consumo de que se tem registro no Brasil foi em Ouro Preto (MG), no ano de 1889, denominada Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto, expandindo-se depois para vários Estados (PADULA, 2006; SAPOVICIS; SOUZA, 2004).

Em 1902 surgem as cooperativas de crédito agrícola no Rio Grande do Sul, com a fundação da primeira caixa rural Raiffeisen, por iniciativa do padre suíço Theodor Amsteadt, conhecido como o pai dos colonos, que ao lado da catequese religiosa e da assistência espiritual fazia a doutrinação do sistema de crédito cooperativista. A partir de 1906 se desenvolvem as cooperativas no meio rural, principalmente junto às comunidades de imigrantes alemães e italianos, dando forma ao cooperativismo hoje existente no país (GAWLAK; RATZKE, 2001; CARRADORE, 2005). É importante destacar que os imigrantes trouxeram de seus países de origem a bagagem cultural que os motivaram a organizar-se em cooperativas. A partir da década da 1920, novamente com a iniciativa da Igreja católica, adotou-se no Brasil o modelo Luzzatti de cooperativas de crédito. Esse modelo se diferenciava do alemão por exigir um pequeno capital quando da admissão de qualquer cooperado e ter a preferência pelo público assalariado, os artesãos e os pequenos empresários. Foi denominado cooperativismo de crédito popular e se desenvolveu em uma velocidade espantosa (CARRADORE, 2005).

O *website* da UNIMED do Brasil<sup>22</sup> indica duas vertentes para o cooperativismo no país. Uma rural, que é representada por cooperativas agropecuárias com forte participação na economia e relativamente bem estruturadas para oferecer alternativas viáveis à organização dos produtores. A outra é a urbana, voltada para a organização dos consumidores, assalariados e categorias profissionais, que buscam uma colaboração mais incisiva da sociedade.

O marco legal do cooperativismo no país adveio com o Decreto 22.239/32. Ressalta-se, no entanto, a argumentação de Lima Neto (2004, p. 138) de que as primeiras iniciativas

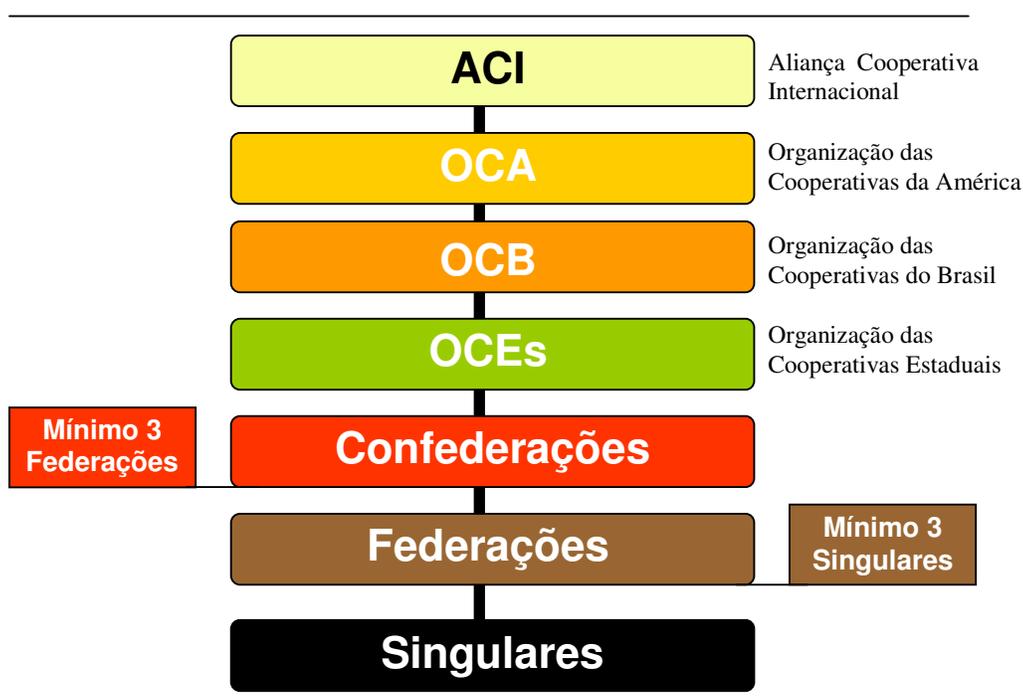
---

<sup>22</sup>[http://www.UNIMED.com.br/pct/index.jsp?cd\\_canal=34393&cd\\_secao=46159&cd\\_materia=46922](http://www.UNIMED.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=34393&cd_secao=46159&cd_materia=46922). Acessado em 29/11/2007.

brasileiras surgiram como uma política de controle social e de intervenção estatal, buscando atender mais a interesses das elites políticas e agrárias do que realmente aos necessitados, fato este que impediu o movimento de lograr êxito. A partir do início da década de 1970, durante o regime militar, ao procurar associar a atividade humana solidária com a racionalidade empresarial, o cooperativismo brasileiro deixa de ser idealista e se consolida como cooperativa-empresa na economia de mercado (PADULA, 2006).

Em 1969, durante a realização do IV Congresso Brasileiro de Cooperativismo em Belo Horizonte, decidiu-se pela existência de apenas uma entidade de representação do cooperativismo. Desta forma, em 1971 foi criada a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), para atuar como representante legal do sistema cooperativista nacional e como órgão técnico consultivo ao governo, congregando as organizações estaduais constituídas com a mesma natureza.

A estrutura do cooperativismo no Brasil, na atualidade, está assim representada:



**Figura 8: Estrutura do sistema cooperativista**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de entrevista realizada junto ao Superintendente da OCESC.

Ainda em 1971, foi promulgada a Lei 5.764, que definiu a Política Nacional do Cooperativismo, instituindo o Regime Jurídico das Sociedades Cooperativas, vigente até o momento. De acordo com Perius (2001), as sociedades cooperativas são revestidas

tradicionalmente pela natureza civil sem o abandono das peculiaridades próprias empresariais, havendo uma permanente contradição entre o social e o econômico.

Visto desta forma, a aproximação desses dois aspectos característicos (social e econômico) requer o estudo do cooperativismo, por um lado, para compreensão da experiência cooperativista como fenômeno social em constante mutação; por outro lado, o estudo da Lei para compreender a experiência cooperativista como fato econômico, com fraca mutação. Como o lado econômico está mais fundamentado no poder, consegue contornar as constantes pressões exercidas pelas bases cooperativistas melhor do que o apelo social (PERIUS, 2001).

Sob esse ponto de vista, Pinho (1982) argumenta que apesar do cooperativismo brasileiro nascer marcado pelo conteúdo doutrinário rochdaleano, cujos princípios estão incorporados à nossa legislação cooperativista, cresce a tendência de afirmação da cooperativa como empresa democrática voltada para a eficácia e distanciada de preocupações doutrinárias. Daí a tentativa de construção de “um novo cooperativismo”, voltado para a realidade socioeconômica, política e cultural brasileira. Neste contexto, é importante destacar as diferenças entre uma empresa cooperativa e uma empresa mercantil:

<b>Empresa cooperativa</b>	<b>Empresa não cooperativa</b>
É uma sociedade de pessoas;	É uma sociedade de capital;
Tem como objetivo a prestação de serviços aos associados;	Objetivo principal: lucro;
Número ilimitado de associados;	Número limitado de acionistas;
Controle democrático - um homem, um voto;	Cada ação, um voto;
Assembléia: quorum baseado no número de associados	Assembléia: quorum baseado no capital
Não é permitida a transferência das quotas-partes a terceiros, estranhos à sociedade;	Transferências das ações a terceiros;
Operações do associado com a cooperativa.	Dividendo proporcional ao valor das ações.

**Quadro 10: Diferenças entre empresa cooperativa e mercantil**

Fonte: <http://www.brasilcooperativo.com.br/Default.aspx?tabid=57>. Acessado em 30/11/2007.

Após a promulgação da Constituição de 1988, quando o cooperativismo alcançou novos patamares de autonomia livrando-se, em tese, da tutela do Estado, graças à mobilização das bases cooperativistas, as cooperativas precisaram desenvolver-se por suas próprias formas organizacionais com novos modelos de gestão empresarial e participação democrática. Encontraram, no entanto, obstáculos produzidos pela ação de agentes internos (cooperados) e externos (representantes, políticos, etc.) do cooperativismo que impedem a produção de um

novo ordenamento jurídico, haja vista a regulamentação vigente contar com aspectos distantes do apelo do cooperativismo de hoje (PERIUS, 2001). Atualmente no Brasil, as cooperativas estão classificadas em 13 ramos distintos:

Ramos	Descrição
1- Agropecuário	Composto pelas cooperativas de produtores rurais ou agropastoris e de pesca, cujos meios de produção pertençam ao cooperado. É um dos ramos com maior número de cooperativas e cooperados no Brasil. Essas cooperativas geralmente cuidam de toda a cadeia produtiva, desde o preparo da terra até a industrialização e comercialização dos produtos. Há um Comitê específico na ACI, onde o Brasil tem liderança expressiva.
2 – Consumo	Composto pelas cooperativas dedicadas à compra em comum de artigos de consumo para seus cooperados. A primeira cooperativa do mundo era desse ramo e surgiu em Rochdale, na Inglaterra, no ano de 1844. Também no Brasil esse é o ramo mais antigo, cujo primeiro registro é de 1889, em Minas Gerais, com o nome de Sociedade Cooperativa Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto. Atualmente estão se rearticulando como cooperativas abertas a qualquer consumidor.
3 – Crédito	Composto pelas cooperativas destinadas a promover a poupança e financiar necessidades ou empreendimentos dos seus cooperados. O Cooperativismo de Crédito é um dos ramos mais fortes em diversos países desenvolvidos, como na França, na Alemanha e no Canadá. No Brasil, ele está ressurgindo com força total, já com dois Bancos, o BANCOOP e o BANSICRED, e inúmeras cooperativas de crédito urbano e rural, espalhadas por todo o território nacional.
4 – Educacional	Composto por cooperativas de professores, que se organizam como profissionais autônomos para prestarem serviços educacionais, por cooperativas de alunos de escola agrícola que, além de contribuírem para o sustento da própria escola, às vezes produzem excedentes para o mercado, por cooperativas de pais de alunos, que têm por objetivo propiciar melhor educação aos filhos, administrando uma escola e contratando professores, e por cooperativas de atividades afins.
5 – Especial	Composto pelas pessoas que precisam ser tuteladas ou que se encontram em situação de desvantagem nos termos da Lei 9.867, de 10 de novembro de 1999, contemplando os seguintes casos: deficientes físicos, sensoriais, psíquicos e mentais, dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, dependentes químicos, pessoas egressas de prisões, os condenados a penas alternativas à detenção e os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo.
6 – Habitacional	Composto pelas cooperativas destinadas à construção, manutenção e administração de conjuntos habitacionais para seu quadro social. Com a extinção do BNH e a enorme demanda por habitação, esse ramo se rearticulou e partiu para o autofinanciamento, com excelentes resultados.
7 – Infra-estrutura	Composto pelas cooperativas cuja finalidade é atender direta e prioritariamente o próprio quadro social com serviços de infra-estrutura. As cooperativas de eletrificação rural, que são a maioria desse ramo, aos poucos estão deixando de serem meras repassadoras de energia, para se tornarem geradoras de energia. Nesse ramo estão incluídas as cooperativas de limpeza pública, de segurança etc., quando a comunidade se organiza numa cooperativa para cuidar desses assuntos.
8 – Mineral	Composto pelas cooperativas com a finalidade de pesquisar, extrair, lavar, industrializar, comercializar, importar e exportar produtos minerais. É um ramo com potencial enorme, principalmente com o respaldo da atual Constituição Brasileira, mas que necessita de especial apoio para se organizar.
9 - Produção	Composto pelas cooperativas dedicadas à produção de um ou mais tipos de bens e produtos, quando detenham os meios de produção. Para os empregados, cuja empresa entra em falência, a cooperativa de produção geralmente é a única alternativa para manter os postos de trabalho. Em outros países, esse ramo está bem desenvolvido, como na Espanha (Mondragon). No Brasil, cada vez mais os empregados estão descobrindo as vantagens de constituir o próprio negócio, deixando de ser assalariados para tornar-se donos do seu próprio empreendimento - a cooperativa.

10 – Saúde	Composto pelas cooperativas que se dedicam à preservação e promoção da saúde humana. Incluem médicos, dentistas, psicólogos e profissionais de outras atividades afins. É interessante ressaltar que esse ramo surgiu no Brasil e está se expandindo para outros países. Obviamente essas cooperativas deveriam estar no Ramo Trabalho, mas pela sua especificidade, número e importância, foi criado pela OCB um ramo específico, incluindo nele todas as cooperativas que tratam da saúde humana.
11 – Trabalho	Composto pelas cooperativas que se dedicam à organização e administração dos interesses inerentes à atividade profissional dos trabalhadores associados para prestação de serviços não identificados com outros ramos já reconhecidos. É o ramo mais complexo e problemático, pois abrange todas as categorias profissionais, menos as de professores, de saúde e de turismo e lazer, organizadas em ramos específicos.
12 - Transporte	Criado pela OCB no dia 30 de abril de 2002, é composto pelas cooperativas que atuam no transporte de cargas e passageiros. Até essa data essas cooperativas pertenciam ao Ramo Trabalho, mas pelas suas atividades e pela necessidade urgente de resolver problemas cruciais dessa categoria profissional foi aprovada a criação de um ramo próprio.
13 - Turismo e Lazer	Criado pela OCB no dia 28 de abril/00 é composto pelas cooperativas prestam serviços turísticos, artísticos, de entretenimento, de esportes e de hotelaria, ou atendem direta e prioritariamente o seu quadro social nessas áreas. É um ramo ainda em fase de organização.

#### Quadro 11: Ramos do cooperativismo no Brasil

Fonte: Adaptado pelo autor do *website* <http://www.coamo.com.br/cooprepresentacao.html>. Acessado em novembro de 2007

Em dezembro de 2007, de acordo com a OCB, há no país quase sete milhões e setecentos mil cooperados, um crescimento superior a 8% em relação ao ano de 2006. Segundo dados da OCB, as cooperativas do ramo da saúde representam 12% do total de cooperativas no país, cujos números estão apresentados abaixo:

Ramo de atividade	Cooperativas	Cooperados	Empregados
Agropecuário	1.544	879.649	139.608
Consumo	141	2.468.293	8.984
Crédito	1.148	2.851.426	37.266
Educacional	337	62.152	2.913
Especial	12	385	13
Habitacional	381	98.599	1.258
Infra-estrutura	147	627.523	5.867
Mineral	40	17.402	77
Produção	208	11.553	1.427
<b>Saúde</b>	<b>919</b>	<b>245.820</b>	<b>41.464</b>
Trabalho	1.826	335.286	6.682
Transporte	945	88.386	5.363
Turismo e Lazer	24	1.094	39
<b>Totais</b>	<b>7.672</b>	<b>7.687.568</b>	<b>250.961</b>

#### Quadro 12: Dados sistema cooperativista brasileiro

Fonte: Apresentação institucional 2008 – OCB. Disponível em: <http://www.brasilcooperativo.com.br/Portals/0/documentos/mercados/2008%20-%20App%20-%20Apresenta%cc3%a7%20a3o%20Institucional%20-%202007.pdf>. Acessado em novembro de 2007.

O ramo da saúde do cooperativismo, de acordo com a OCB, com dados de dezembro de 2007, conta com 919 cooperativas, entre médicas, odontológicas, de consumo ou de psicólogos, as quais geram mais de 41 mil empregos diretos. Só as cooperativas UNIMED respondem por mais de 14 milhões de usuários, o que corresponde a mais de 30% da saúde suplementar no país.

### 2.1.3 Os princípios cooperativistas

Gawlak e Ratzke (2001), assim como a OCB, definem os princípios cooperativos como linhas orientadoras através das quais as cooperativas levam os seus valores à prática. Seguem a mesma definição publicada pela ACI, como disposto em seu *website*: *The cooperative principles are guidelines by which co-operatives put their values into practice*. Nesse mesmo sentido, Irion (1994) os define como o modo de agir ou pôr em prática os valores da instituição, similar à definição de Silva *et al.* (2006) de que os princípios cooperativistas são os valores que regem uma cooperativa.

Baseados na Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale, a partir de 1921 os princípios passaram a ser recomendados pela Aliança Cooperativista Internacional como critérios para sua filiação por parte das cooperativas<sup>23</sup>. A evolução dos princípios cooperativistas foi acompanhada ao longo do tempo por consultas e discussões promovidas pela ACI entre teóricos do cooperativismo, dirigentes de cooperativas e representantes das organizações cooperativas locais, havendo sempre muito debate antes de qualquer mudança (CANÇADO, 2005). De acordo com a OCB, os valores e princípios cooperativos foram preservados, com pequenas alterações ao modelo cooperativista adotado em todo mundo, como também a própria base da filosofia do cooperativismo.

Os sete princípios básicos do cooperativismo vigentes, assim como o valor correspondente a cada princípio, foram aprovados em 1995 no 31º Congresso da ACI realizado em Manchester, Inglaterra, como segue:

---

<sup>23</sup> A Sociedade dos Probos Pioneiros de Rochdale estabeleceu, em seus atos constitutivos, 7 (sete) normas conhecidas como princípios de Rochdale, de forma a alavancar a sociedade: adesão livre; administração democrática; retorno na proporção das compras; juro limitado ao capital; neutralidade política e religiosa; pagamento em dinheiro à vista, e fomento de educação cooperativista (CARRADORE, 2005).

<b>1 - Adesão voluntária e livre</b> <b>Valor: Igualdade</b>	As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e assumir as responsabilidades como membros, sem discriminações sexuais, sociais, raciais, políticas e religiosas.
<b>2 - Gestão democrática e livre</b> <b>Valor: Democracia</b>	Elas são organizações democráticas, controladas pelos seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões.
<b>3 - Participação econômica dos membros</b> <b>Valor: Equidade</b>	Os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Parte desse capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Os membros recebem, habitualmente, se houver, uma remuneração limitada ao capital integralizado, como condição de sua adesão.
<b>4 - Autonomia e independência</b> <b>Valor: Honestidade</b>	As cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas pelos seus membros.
<b>5 - Educação, formação e informação</b> <b>Valor: Transparência</b>	Elas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores, de forma que estes possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.
<b>6 - Intercooperação</b> <b>Valor: Solidariedade</b>	As cooperativas servem de forma mais eficaz os seus membros e fortalecem o movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, através das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.
<b>7 - Interesse pela comunidade</b> <b>Valor: Responsabilidade Social</b>	Elas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades através de políticas aprovadas pelos membros.

**Quadro 13: Princípios e valores do cooperativismo**

Fonte: Adaptado pelo autor de Crúzio (2002); Rangel (2006).

É oportuno ressaltar neste momento o que indica Crúzio (2002). Segundo o autor, dois princípios não foram abordados no congresso de Manchester, mas um ano após foram indicados como desdobramentos dos princípios de gestão democrática e da participação econômica dos membros, quais sejam: princípio um homem um voto, o qual estabelece que, independente de quotas-partes, cada cooperado tem um único voto, e princípio do retorno das sobras, o qual determina que

A cooperativa não visa lucros, o que seria remuneração do capital. Se houver sobras no fechamento do balanço anual, essas sobras se destinam aos fundos previstos no Estatuto da cooperativa, ficando o restante à disposição da Assembléia Geral, que decide livremente sobre sua destinação. Se os cooperados decidirem pela distribuição dessas sobras, serão distribuídas proporcionalmente à participação de cada cooperado (CRÚZIO, 2002, p. 38).

Os princípios caracterizam a filosofia cooperativista e devem nortear a gestão das organizações, contrapondo, assim, as práticas mercantis. Nota-se, entretanto, que muitas cooperativas não os valorizam na prática cotidiana, o que é comprovado com a pesquisa de campo junto às associadas da OCESC (DEEKE, *et al*, 2007). É oportuno ressaltarmos um estudo realizado por Machado e Leite (2002) sobre gestão participativa em cooperativas

agropecuárias, o qual demonstra que a aplicação integral dos princípios cooperativos é um desafio permanente para as cooperativas. Os autores sugerem, dentre outros aspectos, a alteração da Lei nº 5.764/71, que disciplina o funcionamento das cooperativas, visto que os princípios acabam por se tornar uma desvantagem competitiva para as cooperativas. Segundo Neves e Zylbersztajn (2005) este é o momento de rever os princípios cooperativistas e aprimorar as metodologias de controle para permitir o funcionamento dos mercados.

#### **2.1.4 Os dilemas cooperativistas atuais**

A partir de levantamento bibliográfico realizado sobre artigos apresentados nos Encontros Nacionais da ANPAD (EnANPAD), entre os anos de 2003 e 2006, foi possível destacar diversos problemas emergentes no cooperativismo, que foram confirmados em entre as cooperativas associadas à OCESC em pesquisa de campo (DEEKE *et al.*, 2007). Cabe destacar, ainda, os constantes problemas de agência, decorrentes, dentre outros aspectos, da falta de comprometimento de cooperados, o que os leva a colocar seus interesses pessoais à frente dos interesses coletivos. Por sua vez, em análise da literatura especializada, Carradore (2005) apresenta uma série de problemas com cooperados em três situações distintas no cotidiano de cooperativas e Rangel (2006) oferece uma análise qualitativa dos problemas encontrados em uma cooperativa médica. Por fim, Valadares (1998) destaca alguns problemas de gestão enfrentados por cooperativas.

Alguns dos problemas evidenciados na pesquisa sobre os EnANPADs são os conflitos de interesse e disputas pelo poder entre os cooperados, encontrados em Junqueira e Trez (2004); Antonialli *et al.* (2003); Pascucci *et al.* (2005); Rodrigues (2005); Rezende e Rezende (2005); Rodrigues (2006); Ferreira e Braga (2006). Apesar de Silva *et al.* (2006) argumentarem que no processo de gestão cooperativa a visão dos dirigentes, por mais empreendedora e arrojada que seja, jamais deva perder o seu principal foco que é o cooperado, Barreiros *et al.* (2005) indicam que o processo decisório é altamente influenciado pelas pessoas e/ou grupos que detêm mais poder na organização, com vistas à obtenção de seus próprios interesses, visto que nas cooperativas há um relacionamento ambíguo com os cooperados que são, ao mesmo tempo, clientes, fornecedores e proprietários. Por sua vez, Treter e Kelm (2005) advertem que quanto mais profissionalizada for a gestão, maiores são as potencialidades de conflitos entre os cooperados e aqueles que detêm o poder de decisão em virtude de os associados buscarem a maximização de sua riqueza, focalizada no longo prazo, em contraposição aos executivos que buscam a maximização de sua utilidade pessoal, com

foco no curto prazo, propondo a governança corporativa como mecanismo interno e externo para harmonizar as relações entre gestores e geridos. Valadares (1998) já há alguns anos indicava os problemas de gestão em cooperativas decorrentes das relações de poder entre indivíduos e grupos, uma vez que enquanto os indivíduos têm suas expectativas, os grupos também têm seus interesses próprios, os quais podem ser conflitantes.

Apesar de a gestão democrática da cooperativa requerer uma maior participação nos processos decisórios, como observa Valadares (1998); a baixa participação dos cooperados, seja no dia-a-dia da cooperativa ou em assembleias, é outro problema com grande evidência (PICCINI *et al.* 2003; ANTONIALLI *et al.*, 2003; SOUSA; SETTE, 2004; JUNQUEIRA; TREZ, 2004; RODRIGUES, 2005; REZENDE, 2005; SILVA *et al.*, 2006; PINTO *et al.*, 2006). Rodrigues (2006) destaca que há um pequeno interesse dos membros cooperados pela participação nas esferas de decisões formais da organização, mesmo que tenham possibilidades para isso. A pesquisa quantitativa realizada junto às cooperativas associadas à OCESC comprova esta evidência em mais de 80% dos respondentes. Como muitas oportunidades de mercado demandam agilidade para as decisões, a falta de participação acaba ocasionando outros problemas às cooperativas, como o individualismo nas ações, a centralização de poder e a falta de comprometimento dos cooperados, como identificados por Antonialli *et al.* (2003); Piccini *et al.* (2003); Roquete e Oliveira (2004); Treter e Kelm (2005); Rodrigues (2005); Barreiros *et al.* (2005); Paz e Froemming (2006); Ferreira e Braga (2006); Madruga *et al.* (2006); Pascucci *et al.* (2006).

A comunicação precária entre os cooperados, assim como a falta de transparência da cooperativa são apontados como problemas por Piccini *et al.* (2003); Neto e Neujahr (2003); Roquete e Oliveira (2004); Junqueira e Trez (2004); Barreiros *et al.* (2005); Rodrigues (2006) e Treter e Kelm (2005). Rangel (2006) também demonstra essa percepção por parte dos cooperados de uma cooperativa médica catarinense em sua obra. Ressalta-se a argumentação de Treter e Kelm (2005), de que quanto mais transparentes forem as relações dentro da cooperativa, maior será a credibilidade da cooperativa perante seus cooperados. Em contrapartida, a pesquisa de campo junto às cooperativas da OCESC demonstrou que muitas cooperativas apresentam a transparência necessária; mas, em contrapartida, muitas vezes não há interesse por parte dos cooperados com relação às informações disponíveis, o que nos permite inferir que nos remeta novamente ao problema da baixa participação, além de uma possível falha na efetiva educação cooperativista.

O crescimento da cooperativa visto como fator de aproximação do modelo de empresas tradicionais com aumento da burocracia e o distanciamento entre diretoria e

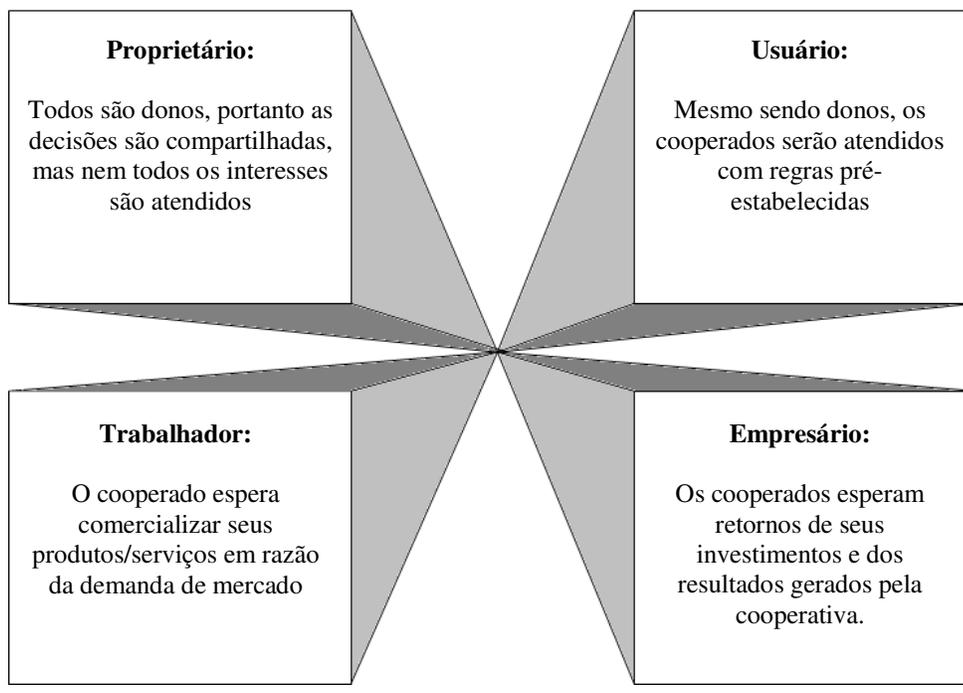
cooperados também merece destaque (JUNQUEIRA; TREZ, 2004; ROQUETE; OLIVEIRA, 2004; SERVA; ANDION, 2004; SILVIA; FLEIG, 2005; CANÇADO, 2005; RODRIGUES, 2006; IRIGARAY; PINTO, 2006; SILVA *et al.*, 2006). Mais de 50% dos respondentes da pesquisa de campo realizada apontam para a mesma situação em cooperativas associadas à OCESC. Cabe ressaltar que à medida que a organização cresce e torna complexos seus processos, passa a demandar trabalhadores mais qualificados, os quais, ao ingressarem na cooperativa, não dispõem, necessariamente, da ótica cooperativista. Rodrigues (2006) chama a atenção para o fato de que os processos de institucionalização ocasionados pelo crescimento e pelas demandas dos ambientes externos apontam para a adoção de uma gestão similar a empresas públicas ou privadas.

Por mais que as cooperativas sejam regidas por princípios norteadores, destaca-se nos levantamentos efetuados a falta de valorização dos princípios cooperativistas (BRESSAN *et al.*, 2003; DALFIOR, 2003; PICCINI *et al.*, 2003; ANTONIALLI *et al.*, 2003; AGUIAR, 2004; ESTIVALETE *et al.*, 2005; PASCUCCI *et al.*, 2005; RODRIGUES, 2005; BARREIROS *et al.*, 2005; PEREIRA; PEDROZO, 2005; RODRIGUES, 2006; SILVA *et al.*, 2006; SILVA, 2006; PAZ; FROEMMING, 2006; PINTO *et al.*, 2006). Cabe destacar que, ao ser apresentada a informação à OCESC que praticamente 13% de seus associados respondentes da pesquisa quantitativa indicam a falta de valorização dos princípios, o superintendente da organização manifestou surpresa, já que ele esperava um percentual muito maior. Pereira e Pedrozo (2005) procuram justificar essa incidência indicando que o desejo de poder, pressões sociais e condicionantes culturais podem influenciar o comportamento humano, o que nos remete a proposição de Morin (2007) de que o ser humano é um todo inacabado que se constitui de relações sociais, escolarização, ambigüidades e memórias.

As pressões do predomínio da lógica mercantil na gestão ganham cada vez mais destaque (BRESSAN *et al.*, 2003; DALFIOR, 2003; KUMSCHLIES; CRISPIM, 2003; MOURA; MEIRA, 2003; ESTIVALETE; LOBLER, 2003; SERVA; ANDION, 2004; JERONIMO *et al.*, 2004; SAUSEM *et al.*, 2004; SAPOVICIS; SOUZA, 2004; DAMKE; PEREIRA, 2004; BEGNIS *et al.*, 2005; ESTIVALETE *et al.*, 2005; PAUCUCCI *et al.*, 2005; BARREIROS *et al.*, 2005; PEREIRA; PEDROZO, 2005; RODRIGUES, 2006; IRIGARAY; PINTO, 2006; SILVA *et al.*, 2006; SILVA, 2006; PAZ; FROEMMING, 2006; ANDION; SERVA, 2006) e foram evidenciadas em mais de 70% dos respondentes da pesquisa realizada entre as cooperativas associadas à OCESC. Devemos reconhecer a dupla natureza da cooperativa, visto que, enquanto associação agrupa pessoas com interesses semelhantes, mas, por outro lado, tal associação deve criar uma unidade econômica que possa produzir bens ou

serviços por parte dos cooperados (VALADARES, 1998). Há, portanto, um potencial conflito entre aspectos sociais e econômicos.

Retoma-se aqui o fato de que, ao se tornarem cooperados, os membros passam a dispor de uma dupla relação com a cooperativa (RODRIGUES, 2005), haja vista o modelo híbrido que representa a cooperativa com seus aspectos econômicos e sociais, compreensíveis pela abordagem da complexidade que busca um pensamento multidimensional que conceba articulações entre todos os aspectos, respeitando as diversas dimensões. Vale ressaltar que tanto no plano individual quanto nas empresas nossas ações decorrem das certezas, incertezas, e nossa capacidade de organizar nosso pensamento (MORIN, 2007). Assim, o contexto organizacional se torna fonte de recursos e características externas a empresa, decorrentes de pressões sociais e coletivas, que afetam a racionalidade instrumental e a otimização dos resultados por parte de seus dirigentes (PASUCCI *et al.*, 2006). Pedrozo (2005) ratifica esse entendimento, acrescentando que, aliados a esses aspectos, também os condicionantes culturais podem influenciar o comportamento humano significativamente. Pascucci *et al.* (2005) destacam que a organização cooperativa necessita criar condições para acompanhar o mercado de forma a permanecer atuante, o que condiciona os dirigentes a assumirem novas condutas que contribuam para sua adequação ao ambiente competitivo. Por sua vez, Barreiros, *et al.* (2005) destacam os papéis sociais potencialmente contraditórios dos cooperados, já que são clientes, fornecedores e proprietários. Valadares (1998) apresenta quatro identidades ou papéis sociais assumidos pelos cooperados:



**Figura 9: A múltipla identidade do cooperado**

Fonte: Adaptado pelo autor de Valadares (1998).

A baixa qualificação do corpo funcional, a qual ficou evidenciada entre as cooperativas respondentes da pesquisa quantitativa junto à OCESC, nos permite inferir que justifica, em parte, a informatização ser vista como fator que dificulta as relações interpessoais nessas cooperativas (PROTIL, 2003; PICCINI *et al.*, 2003; MOREIRA; AMORIM, 2004; ANTONIALLI *et al.*, 2004; SILVIA; FLEIG, 2005; ESTIVALETE *et al.*, 2005; REZENDE; REZENDE, 2005; IRIGARAY; PINTO, 2006; MADRUGA *et al.*, 2006; FERREIRA; BRAGA, 2006). Para muitos dos respondentes e na opinião do superintendente da OCESC fica clara a visão de que a principal barreira quanto à informatização é cultural, os quais, dentre outros aspectos, leva os funcionários a ver a informatização como meio para eliminar postos de trabalho, o que vai ao encontro do que argumentam Silva e Fleig (2005).

Um aspecto que vem ganhando cada vez mais evidência no cooperativismo é a questão relativa à legislação, a qual é vista como fator de limitação à autonomia e a autogestão das cooperativas (CANÇADO, 2005; IRIGARAY; PINTO, 2006; FERREIRA; BRAGA, 2006; PASCUCI *et al.*, 2006). Na pesquisa de campo realizada na OCESC, mais de 85% das cooperativas respondentes não só evidenciam essa constatação, como consideram necessária uma nova legislação para o cooperativismo. No caso específico de cooperativas do ramo da saúde, buscando centralizar mais o estudo em razão das delimitações da pesquisa, chama à atenção a regulamentação do setor da saúde suplementar no país, com a Lei n.

9656/98, que tornou o ambiente mais desafiador para a atuação das cooperativas médicas. Havia, até 1998, sem sombra de dúvidas, o desrespeito a alguns valores nesse setor. Como exemplo, podemos citar a inaplicabilidade do direito do consumidor, aliás, o desconhecimento quase que completo dos consumidores sobre seus direitos; o desrespeito aos contratos, os quais não dispunham, muitas vezes, de regras claras; não havia, por parte de algumas operadoras de planos de saúde o respeito aos idosos. Isto por si só justifica a necessidade de ordenamento através da normatização. Contudo, acreditava-se que a lei colocaria ordem na saúde suplementar, que o Governo tinha como prioridade o consumidor, que era o fim da exploração dos idosos por parte de operadoras de planos de assistência à saúde. Na prática, entretanto, além de não atingir a todos os objetivos, a regulamentação obriga as cooperativas médicas a agir de forma a buscar resultados e alterar suas condutas para que possam manter-se competitivas, ferindo, muitas vezes, seus próprios princípios cooperativistas (PASCUCCI *et al.*, 2006).

Inúmeros problemas de agência nas cooperativas, entendidas como a relação entre propriedade e gestão, apesar do princípio da autogestão, são evidenciados, tanto na literatura quanto na pesquisa de campo. O modelo básico da teoria da agência considera a existência de dois atores (principal e agente) que se relacionam por meio de transações de mercado. O ponto central está na possibilidade de o agente utilizar-se de seu poder discricionário para agir em benefício próprio. Kupfer e Hasenclever (2002) enfatizam que os interesses dos acionistas, que nas cooperativas correspondem aos cooperados, nem sempre convergem com os dos executivos ou gestores. Meurer e Marcon (2005) destacam que na transferência da responsabilidade de administrar para representantes escolhidos entre os demais (conselho de administração) fica clara esta relação, visto que, por não ser administrada por um só proprietário, há o conflito de agência. A teoria da agência prevê a tendência natural de haver assimetria de informação entre diretoria e cooperados, o que pressupõe que o agente pode utilizar-se de informações em seu benefício próprio (LIMA, 1997). Volta-se, assim, à advertência de Treter e Kelm (2005), de que quanto mais profissionalizada a gestão, maiores as potencialidades de conflitos, haja vista os associados buscarem a maximização de sua riqueza, focalizada no longo prazo, em contraposição aos executivos que buscam a maximização de sua utilidade pessoal, com foco no curto prazo. Esse entendimento é compartilhado por Lucchesi e Fama (2004), os quais indicam que o gestor pode assumir uma postura divergente do principal (cooperados), procurando maximizar sua própria utilidade, ou seja, seus interesses pessoais em detrimento dos cooperados.

É importante salientar, ainda, que Crúzio (2002) identifica problemas comuns na administração de cooperativas, em qualquer ramo do cooperativismo, segmentando-os em três tópicos distintos. Problemas relacionados aos associados nas Assembléias Gerais, ao Conselho Fiscal e ao Conselho de Administração:

<b>Problemas com cooperados em Assembléias Gerais</b>	<b>Problemas com cooperados no Conselho Fiscal</b>	<b>Problemas com cooperados no Conselho de Administração</b>
- Comparecer nas Assembléias somente para votar;	- Desconhecer ou negligenciar a função fiscal;	- Produzir entraves administrativos distanciando os demais cooperados das decisões da cooperativa;
- Participar sem conhecer seus direitos e deveres;	- Participar de Assembléias apenas para aprovar relatórios de diretoria;	- Utilizar cargos para discriminar cooperados;
- desconhecer as necessidades organizacionais e administrativas;	- Aliar-se à direção e prejudicar a apuração de irregularidades;	- Tomar decisões além das atribuições estatutárias;
- Confiar demais na direção, sem nunca questioná-la;	- O membro do conselho exerce atividades externas, a qual a cooperativa dependa comercialmente;	- Permitir ingresso na cooperativa de pessoas com interesses desfavoráveis aos cooperados;
- fazer da cooperativa apoio a políticos alheios aos cooperados;	- Permitir vantagens a grupos de sócios;	- Desvirtuar as funções de gestão da cooperativa;
- Votar em sócios que exerçam atividades paralelas, beneficiados pela terceirização dos serviços.	- Desconhecer o estatuto ou a legislação e dar pouca importância à interpretação e prática dos princípios cooperativistas;	- Privilegiar grupos de sócios com quotas diferenciadas de produção, comercialização ou prestação de serviços;

**Quadro 14: Problemas com cooperados**

Fonte: Adaptado pelo autor a partir de Crúzio (2002).

### 2.1.5 Pressões mercadológicas e político-institucionais

A acirrada competição do ambiente em que estão inseridas produz dificuldades e desafios para as organizações cooperativas conquistar o sucesso e manter-se no mercado, haja vista suas características peculiares e princípios cooperativos, os quais, pelo menos em tese, deveriam ser seguidos. Assim, a gestão da cooperativa passa a ser um instrumento fundamental na constante luta pela sobrevivência no mercado. Entretanto, essas organizações cooperativas apresentam dificuldades de gestão, associadas, dentre outros aspectos, à limitação de recursos, à sua cultura interna, a deficiência na tomada de decisão, questões políticas, etc. (JERÔNIMO *et al.*, 2004).

Por concorrerem com empresas mercantis, seus princípios doutrinários e normas de funcionamento podem, em determinados momentos, tornarem-se até mesmo uma desvantagem competitiva. Essa realidade de mercado faz com que as cooperativas tenham de trabalhar com estruturas organizacionais cada vez enxutas e agregar valor em suas atividades para atender, tanto as necessidades dos seus cooperados, quanto às crescentes exigências de mercado. Para isso, precisam definir estratégias capazes de manter a competitividade e criar

uma posição defensável frente aos concorrentes (HUNGER; WHELLEN, 2002), como qualquer empresa mercantil. Para que seja possível a oferta de trabalho e remuneração justa, a organização cooperativa necessita acompanhar o mercado, o que não a livra da influência capitalista exercida por este, o que permite a institucionalização de ações (PASCUCCI *et al.*, 2005).

Em seu estudo sobre gestão estratégica em cooperativas agroindustriais, Machado Filho *et al.* (2004) apresenta, em sua concepção, os pontos fortes, fracos, ameaças e oportunidades do sistema cooperativista brasileiro. Ainda que os aspectos mencionados não possam ser generalizados à todos os 13 (treze) ramos do cooperativismo, grande parte desses também se aplica ao ramo da saúde. Haja vista o tema da presente pesquisa abordar os dilemas cooperativos, as oportunidades e pontos fortes não serão destacados neste momento. As ameaças e pontos fracos estão resumidas no quadro abaixo.

AMEAÇAS	PONTOS FRACOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acirramento da concorrência.</li> <li>• Abertura/desregulamentação econômica.</li> <li>• Desgaste da imagem do cooperativismo na sociedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas internos de gestão.</li> <li>• Processo decisório complexo e muitas vezes distorcido.</li> <li>• Ausência de critérios para alocação de investimentos (questões políticas).</li> <li>• Impossibilidade de abertura de capital e restrições crescentes na obtenção de linhas de financiamento).</li> </ul>

**Quadro 15: Ameaças e pontos fracos do sistema cooperativista**

Fonte: Adaptado pelo autor de Machado Filho *et al.* (2004, p. 67).

É bem verdade que as duas dimensões com as quais as cooperativas se defrontam podem tornar-se conflitantes: o mercado e a visão cooperativista. O mercado apresenta sua racionalidade instrumental com foco na maximização de resultados, concorrência e preços. A visão cooperativista, por sua vez, é pautada principalmente na razão substantiva; apresenta o desejo de elevar a riqueza dos cooperados valorizando, dentre outros aspectos, a fidelidade contratual, à ética, a transparência, o desenvolvimento de todos os envolvidos e a distribuição equitativa dos resultados (BIALOSKORSKY NETO, 2002). Por trás dessas dimensões, no entanto, é preciso compreender que existe um norte a ser seguido, ou seja, uma legislação. Especificamente nas cooperativas do ramo da saúde, a regulamentação implica, muitas vezes, em mais uma ameaça ou ponto fraco para atuarem frente, até mesmo, aos seus princípios básicos.

Ainda que os cooperados médicos não componham o grupo de idealistas de Rochdale, com a competitividade acirrada do mercado e com elevadas taxas de desempregos, a cooperativa médica torna-se, em muitos casos, alternativa quase que única para os médicos, uma vez que os clientes particulares tornam-se cada vez mais raros. Surge, então, um ponto

fraco não identificado por Machado Filho *et al.* (2004) e que Irion (1997) estabelece como o maior problema para o desenvolvimento do cooperativismo: o desconhecimento da doutrina cooperativista. Algo que se estende desde a base da população até os escalões superiores. Otta (2003) concorda com Irion e acrescenta que o conhecimento sobre cooperativismo é, de maneira geral, precário nessas instituições, atingindo desde os cooperados, membros dos conselhos e até mesmo a diretoria. Refletem-se, neste momento, os processos de institucionalização ocasionados pelo crescimento e pelas demandas dos ambientes externos (RODRIGUES, 2006).

Muitas cooperativas médicas, no intuito de minimizar essa fragilidade de interesses dos cooperados, proíbem, por meio de seus estatutos internos, a possibilidade do médico ser cooperado e também trabalhar para empresas de medicina de grupo (IRION, 1997), algo teoricamente justo, pois na prática significa que o dono da empresa possa prestar serviço para o seu concorrente. No entanto, essa prática, denominada unimilitância, não é permitida na maior parte dos casos pelo judiciário. Irion (1997) defende a educação cooperativista como uma das soluções para esse impasse. Para Rios (1998), o estabelecimento de critérios adequados para o ingresso ao sistema cooperativo é o melhor caminho, como em uma empresa que procura um perfil de funcionário para preencher determinada vaga. Assim, somente deveriam ser aceitos na cooperativa aqueles que tiverem o perfil adequado à filosofia organizacional.

Rios (1998) atribui quatro grandes erros ao se trabalhar a relação da cooperativa com os cooperados:

- confundir cooperativismo com educação cooperativista;
- formar comitês de educação cooperativista e achar que tudo está resolvido;
- começar a educar o cooperados somente depois que está filiado ao sistema e,
- fazer algo sobre educação cooperativista somente quando surgem os problemas.

Ao tempo em que as dificuldades com os cooperados são apresentadas, a abordagem do modelo de interessados na organização, ou *stakeholders*, reconhece que as exigências sobre as organizações empresariais crescem continuamente, incluindo grupos que, tradicionalmente, não faziam parte do interesse imediato da organização. Destaca-se que as organizações sobrevivem na medida em que é efetivo o gerenciamento das demandas desses grupos de interesse (*stakeholders*), com os quais a organização estabelece uma relação de

dependência de recursos e apoio. Stoner e Freeman (1995, *apud* CASTRO, 2003), argumentam que uma rede complexa liga esses *stakeholders* entre si, bem como esses à organização. Uma questão particular pode unir diversos *stakeholders*, formando coalizões, fazendo com que os mesmos apoiem ou se oponham à política organizacional (CASTRO, 2003). Focalizando novamente o estudo em cooperativas do ramo da saúde, destacam-se como *stakeholders*, identificados em contatos informais do pesquisador em seu ambiente de trabalho, dentre outros, os cooperados e credenciados, os fornecedores, os funcionários, os consumidores, os concorrentes, a comunidade, a mídia, os poderes legislativo, executivo e judiciário.

Observando a contribuição de cada *stakeholder* para a complexidade do negócio, os dilemas das cooperativas médicas se baseiam no fato de que, além de grande parte dos cooperados e credenciados não conhecerem os ideários cooperativistas (MACHADO FILHO *et al.*, 2004; IRION, 1997), como já mencionados, tão pouco reconhecem a realidade operacional de sua própria cooperativa (PASCUCCI *et al.* 2006; RODRIGUES, 2006), muitos parecem desconhecer como funciona uma empresa. O quadro de funcionários, por sua vez, trabalha em troca de uma remuneração como em qualquer empresa mercantil, sem o estímulo e nem a possibilidade de reflexão sobre suas atitudes frente aos ideários cooperativistas. Os consumidores querem cada vez mais coberturas de procedimentos médicos, qualidade no atendimento e investimento em infra-estrutura por parte das cooperativas médicas, como se, em um passe de mágica, surgisse o dinheiro ou a fonte de financiamento necessário, que não há (PLURALL 2, 2007). A mídia influencia os consumidores no sentido de reivindicar cada vez mais direitos que, em função da informação fragmentada e superficial, revelam-se fictícios. Caberia observar que existem inúmeros tipos de contratos de planos de assistência médicos regulamentados e não regulamentados no mercado (FONSECA, 2004). Não obstante, o judiciário confere decisões muitas vezes “descabidas”, como se rasgasse os contratos vigentes, criando insegurança jurídica para as operadoras<sup>24</sup> e prejudicando diretamente a saúde financeira dessas organizações (PLURALL 1, 2007) ao estender as obrigações contratuais. Com a conivência de todos os segmentos da sociedade, o governo às vezes exime-se de suas obrigações constitucionais, repassando responsabilidades sociais para o setor privado, tributando, inclusive, as cooperativas como se fossem empresas mercantis (VEJA, 2004). A regulamentação da saúde suplementar, que ocorreu com a promulgação da

---

<sup>24</sup> Operadoras de planos de assistência à saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde.

Lei 9656/98, criou isonomia de tratamento para todos os tipos de organização que atuem nesse segmento no mercado, desconsiderando a natureza jurídica das cooperativas e a própria Lei n. 5764/71, que rege o cooperativismo (SANTOS, 1998). A Agência reguladora, por sua vez, faz cumprir a regulamentação do setor e produz resoluções normativas que, na prática, dificultam cada vez mais a manutenção das operadoras e, conseqüentemente, o acesso de consumidores à saúde suplementar, haja vista o aumento dos custos.

Resta a pergunta: quem paga a conta? Necessariamente isto recai sobre o próprio consumidor, pois de onde vêm as receitas das operadoras para manutenção desse ciclo senão das mensalidades pagas pelos contribuintes? Por não ter o devido conhecimento deste ciclo, o cliente ou cidadão não reconhece a natureza jurídica dessas cooperativas, considerando normal toda e qualquer ação social realizada por estas em razão do que arrecadam, como afirmam Pascucci *et al.* 2005. Os cidadãos acabam por considerar a cooperativa como uma empresa mercantil que visa somente a obtenção de lucro.

O governo federal, enquanto poder executivo, assim como a Agência Nacional de Saúde, são dois *stakeholders* em evidência para as cooperativas médicas no momento. A promulgação da Lei 9656/98, em conjunto com a Medida Provisória (MP) 2177-44, que regulamenta os planos de saúde, tornou a necessidade de integração entre cooperativa e cooperado ainda mais emergente. Conforme indica a ANS em seu *website*<sup>25</sup>, entre as mudanças introduzidas pela Lei, a partir de janeiro de 1999, para atuar no setor de saúde suplementar, toda operadora teve de obter junto à Agência reguladora um registro provisório de funcionamento e um registro para cada plano de saúde comercializado. A partir dessa data, qualquer operadora só pode ser liquidada a pedido da ANS, de forma a assegurar os direitos dos consumidores. Os tipos de planos de saúde<sup>26</sup> anteriores à Lei 9656/98 tiveram sua comercialização proibida. A partir desta Lei, os contratos firmados entre consumidores e operadoras de planos de saúde passam a ter a garantia de assistência a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), determinadas por uma tabela mínima de coberturas (Rol de procedimentos médicos<sup>27</sup>), além de impedimento às restrições de número de consultas e internações, dentre outras garantias aos consumidores. Mesmo os contratos antigos obtiveram algumas garantias (por exemplo, tais contratos não podem ser

---

<sup>25</sup> <http://www.ans.gov.br>

<sup>26</sup> Plano de saúde (plano de assistência à saúde): Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, em rede credenciada (própria ou de terceiros). Se difere de um seguro saúde, para o qual o consumidor tem a liberdade de escolher médico, clínica ou hospital, recebendo um reembolso limitado contratualmente.

<sup>27</sup> Rol é a listagem dos procedimentos em saúde cuja cobertura é garantida a todos os usuários dos planos adquiridos a partir de 2 de janeiro de 1999

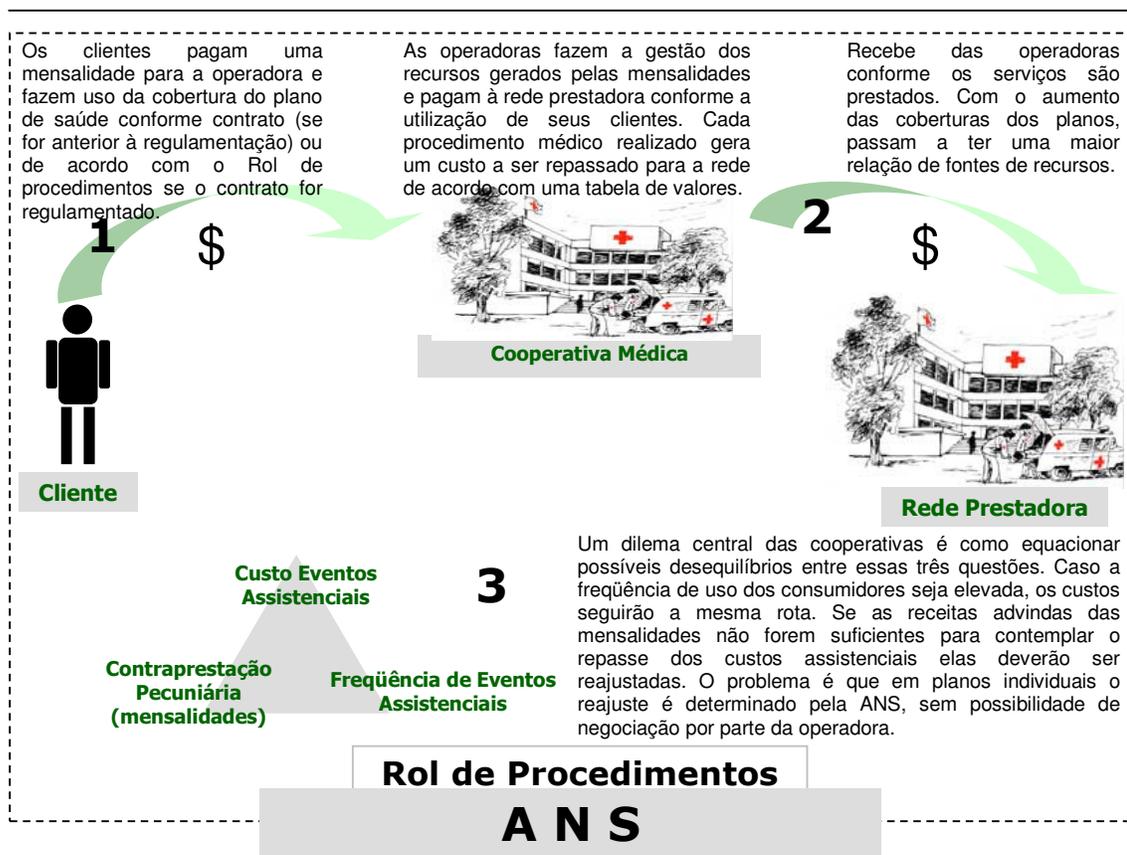
rescindidos de forma unilateral pela Operadora e as internações não podem ser encerradas, a não ser por alta médica). Se, por um lado, a segurança do usuário de planos privados de assistência à saúde aumentou, por outro também a dificuldades para as cooperativas médicas cresceram, haja vista a isonomia de tratamento criada no setor, baseada no setor de seguros, que confere tratamento igualitário, sejam para autogestões, seguros saúde, medicina de grupo ou mesmo cooperativas médicas (SANTOS, 1998).

Além disso, a ANS passou a determinar o reajuste para contratos de plano de assistência à saúde de pré-pagamento<sup>28</sup> individual ou familiar<sup>29</sup>, o que representa um risco, não só para as cooperativas médicas, mas também para a manutenção desses contratos por parte de todas as operadoras. Ao tempo em que o aumento de coberturas gera benefícios e garantias aos consumidores, a utilização desses serviços médicos gera, por sua vez, uma dívida aos prestadores de serviços pela respectiva prestação do serviço. A dificuldade surge quando a utilização do plano de saúde atinge um patamar em que as mensalidades não conseguem suprir os custos assistenciais gerados (e que devem ser repassados aos prestadores). Em contratos individuais, esse descompasso entre custos e receitas não pode ser negociado pela operadora no mercado, haja vista o percentual de reajuste ser determinado pela ANS. A medida já levou grandes operadoras a não mais estimularem a venda de contratos individuais no mercado, apenas planos coletivos. Para isto, as operadoras elevam os preços de tabela de mensalidades dos planos individuais induzindo aos consumidores a vincularem-se a alguma pessoa jurídica contratante, seja através de empresas privadas, associações ou entidades de classe, para terem acesso a um plano de saúde. Esta medida é justificável porque os contratos pessoa jurídica não tem o reajuste determinado pela ANS, mas sim por um índice econômico e a recomposição de possíveis desequilíbrios financeiros, desde que indicado em cláusula contratual. A figura abaixo descrever melhor este fluxo.

---

<sup>28</sup> Pré-pagamento é a modalidade de contratação na qual o cliente paga uma prestação mensal, e após cumprir os prazos de carências dos procedimentos utiliza a rede credenciada/cooperada para a realização de eventos assistenciais.

<sup>29</sup> Representa 18% do universo total de consumidores da saúde suplementar. Para contratos pessoa jurídica, que representam os outros 82% de consumidores, permanece a forma de reajuste conforme cláusula contratual, com livre negociação entre as partes.



**Figura 10: Metodologia de funcionamento de um plano de saúde de pré-pagamento**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações do *website* da ANS.

A regulamentação criou algumas situações inusitadas, como, por exemplo, a obrigatoriedade do repasse de informações, seja financeira ou relativa ao cadastro dos beneficiários, por parte das operadoras, para a ANS. Ao tempo em que permite à ANS acompanhar a evolução dos custos assistenciais e a saúde financeira da operadora, condição essencial para a autorização de reajuste das mensalidades dos planos individuais, também possibilita o cruzamento dos dados cadastrais dos beneficiários dessas operadoras com os dados cadastrais de quem utiliza a rede pública. Esse cruzamento de dados tem como finalidade permitir a efetivação de um dos pontos controversos da regulamentação. Trata-se do art. 32 da Lei n. 9656/98, segundo o qual:

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pela leitura do artigo 32 acima transcrito conclui-se que toda vez que um usuário é atendido pelo Sistema Único de Saúde são cobradas, da operadora de plano de saúde a qual o usuário está vinculado, as despesas com os serviços prestados pelas instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do SUS, dentre elas as cooperativas médicas. A regra foi criada como se a operadora pudesse intervir no livre arbítrio do consumidor de utilizar os serviços de que bem entende, uma vez que ele tem o direito de utilizar o SUS por pagar seus impostos. De acordo com a ANS, em informações colhidas em seu *website*, o ressarcimento tem por objetivo evitar o enriquecimento sem causa das operadoras; desestimular o descumprimento dos contratos por parte dessas e impedir o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos. O atual modelo de ressarcimento ao SUS é restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência, limitados aos procedimentos com cobertura prevista nos contratos de plano de saúde, firmado pelas operadoras com seus beneficiários, como indica o artigo 2º da RDC nº 18/2000:

Art. 2º Serão objeto do ressarcimento pelas operadoras definidas pelo Artigo 1º da Lei nº 9.656/1998, os atendimentos prestados no âmbito do SUS aos titulares e seus dependentes, beneficiários de planos privados de assistência à saúde, previstos nos respectivos contratos, abrangendo:

I - os realizados por unidades públicas de saúde;

II - os de urgência e emergência, realizados por estabelecimentos privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Único. Nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS, que tenham contratos diretos com operadora de planos privados de assistência à saúde, prevalecerão as condições estabelecidas nesses contratos (Resolução - RDC Nº 18, de 30 de março de 2000<sup>30</sup>)

Para viabilizar a cobrança, o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU), por meio da Resolução nº. 9, de 1998, instituiu a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP), na intenção de regulamentar o § 1º do art. 32 da Lei nº 9.656/98, abaixo transcrito:

Art 32. [...]

§ 1º. O ressarcimento a que se refere o caput será efetuado pelas operadoras à entidade prestadora de serviços, quando esta possuir personalidade jurídica própria, e ao SUS, mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS.

<sup>30</sup> Resolução – RDC Nº 18, de 30 de março de 2000, que regulamenta o ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei 9.656, de 03 de junho de 1998. Esta resolução está disponível em [http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=183&id\\_original=0](http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=183&id_original=0). Acessado em 30/11/2007.

O § 8º do artigo 32 da Lei nº 9.656/98, por sua vez, determina que os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras. Vale sua transcrição:

Art 32. [...]

[...]

§ 8º Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta lei.”(Lei 9656/98).

Ocorre que o custo dos serviços prestados pelo Estado é fixado segundo a tabela do SUS, a qual em sua maioria é inferior aos valores da TUNEP. Em contrapartida, é oportuno o registro que muitas vezes a TUNEP apresenta valores bem superiores aos praticados pela operadora, como demonstra o quadro a seguir:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR PAGO PELO SUS	VALOR COBRADO (TUNEP)	TABELA UNIMED	DIFERENÇA
80500110	Cólica Nefrética	R\$ 145,43	R\$ 395,70	R\$ 262,45 (c/hon. médicos)	250,27
76400271	Principal - entero infecções em lactente	R\$ 281,26	R\$ 741,65	R\$ 262,45 (c/hon. médicos)	460,39
39006042	Tratamento cirúrgico da fratura da clavícula	R\$ 378,70	R\$ 894,52	R\$ 489,60 (c/hon. médicos)	515,82
75500124	Hemorragias digestivas	R\$ 300,56	R\$ 791,00	R\$ 262,45 (c/hon. médicos)	440,44

**Quadro 16: Exemplo da diferença da tabela TUNEP para as demais praticadas no mercado**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de documentos internos de sua unidade de trabalho.

Constata-se nos exemplos acima que os valores constantes na tabela TUNEP são muito superiores àqueles fixados na Tabela SUS e os praticados pela UNIMED, restando caracterizada, para o sistema UNIMED, a ilegalidade da cobrança do ressarcimento pela Tabela TUNEP, por contrariar o disposto no § 8º do artigo 32 da Lei 9656/98.

Em artigo publicado *website* da Plurall<sup>31</sup> em 17/01/2008, a autora, Adriana Nogueira Tôrres<sup>32</sup>, ratifica o entendimento do sistema UNIMED sobre a ilegalidade da TUNEP, haja vista que a Lei 9.656/98 determina, em seu art. 32, §8º, que os valores reembolsáveis não sejam inferiores aos praticados pelo SUS, nem superiores aos das operadoras. Por ser instituída por Resolução Normativa, a TUNEP deve submeter-se aos limites impostos pela lei à qual está vinculado, transcendendo o poder normativo da agência reguladora, o qual fica limitado aos parâmetros estabelecidos na lei delegadora que verse sobre o tema. Ainda segundo Tôrres, a ilegalidade da tabela TUNEP não resiste a uma prova pericial, dada a sua discrepância de valores com a tabela do SUS e os valores operados no mercado. Tôrres sugere aos cidadãos questionar o direcionamento dado pelo Estado da verba arrecadada pela ANS, visto que a saúde pública continua em perfeita desordem e em constante retrocesso.

No ano de 2002, de acordo com a Capitolio Consulting, empresa especializada em Planos de saúde, a ANS reajustou mais de 400 procedimentos entre 5,7% e 2000% na TUNEP. Para as operadoras, significa que, além de pagar novos preços às clínicas e hospitais conveniados, também terão que reembolsar mais dinheiro ao SUS, caso seus associados utilizem os serviços públicos. Quando a ANS identifica o atendimento pelo SUS de um cliente de plano privado é encaminhado um Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) para a operadora, com os dados relativos ao procedimento utilizado e o boleto bancário com o valor da TUNEP. Caso a operadora não consiga impugnar a cobrança em 15 dias e nem efetue o pagamento do valor correspondente neste prazo, será inscrita no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN) e encaminhado processo à Procuradoria Geral da ANS com vistas à inscrição dos valores na dívida ativa da Agência e posterior cobrança judicial.

Existem inúmeras ações que tramitam no judiciário nacional, as quais aumentaram consideravelmente nos últimos três anos, questionando, inclusive, a constitucionalidade da cobrança. O tema ainda não teve decisão de mérito no Supremo Tribunal Federal (STF), o que tem gerado decisões controversas nos Tribunais Regionais Federais (PLURALL 3, 2007). Segundo dados da ANS, os processos gerados por conta dos atendimentos feitos pelo SUS entre fevereiro de 2001 a março de 2006, resultam em um valor para cobrança de R\$ 431 milhões, dos quais R\$ 72 milhões já foram pagos pelas operadoras de planos de saúde. Na

---

<sup>31</sup> A Plurall soluções e estratégias em saúde suplementar é uma sociedade civil, especializada em consultoria para operadoras de planos de assistência à saúde, com foco em estudos atuariais, estatísticos e econômicos, desenvolvimento e treinamento de equipes, suporte no relacionamento com a ANS, além de auditoria de controles e de processos. Seu *website* é o <http://www.plurall.com.br/>.

<sup>32</sup> Adriana Nogueira Tôrres: é advogada integrante do escritório Antonelli e Associados Advogados.

prática, entre as correntes que defendem o ressarcimento, seja alegando que se trata de um tributo ou um suposto enriquecimento sem causa das operadoras, e as correntes que o questionam, alegando se tratar de uma bitributação, ou mesmo declarando sua inconstitucionalidade, resta o peso do encargo às operadoras, os quais são repassados ao consumidor final.

Outro encargo existente para as operadoras é a taxa de saúde suplementar, pela qual as operadoras pagam ao ano o equivalente a R\$ 2,00 (dois reais) por “vida<sup>33</sup>” cadastrada para a ANS. A ANS justifica a cobrança dessa taxa como forma de comprovação válida do número de clientes existentes na saúde suplementar, para fins de cálculo por planos de assistência à saúde. No entanto, significa dizer que, se hoje existem pouco mais de 44 milhões de clientes na saúde suplementar, anualmente são repassados ao governo mais de 88 milhões somente pelo fato de haver pessoas em condições de pagar por um plano privado.

É oportuno registrar que, dentre as Agências reguladoras no mercado, talvez a mais atuante seja a ANS, na opinião de vários cooperativistas médicos. A Agência efetua previamente consultas públicas sobre as questões, possibilitando às operadoras criticarem e sugerirem alternativas, ainda que não sejam transparentes os critérios utilizados para aceitá-las ou não. Entretanto, diversas questões em processo de consulta pública podem tornar-se fatores de riscos para as cooperativas. Como exemplo, a portabilidade nos planos de saúde, com conseqüente extinção das carências, e a atualização do Rol (listagem dos procedimentos em saúde cuja cobertura é garantida a todos os usuários dos planos adquiridos a partir de 2 de janeiro de 1999), com aumento de coberturas que passam a valer a partir do próximo dia 02 de abril de 2008. A concretização desse risco para as operadoras é a edição de uma Normativa<sup>34</sup> por parte da ANS. Com relação a atualização do Rol, temos a promulgação da RN 167, para o qual todas as reivindicações e sugestões do sistema UNIMED não foram atendidas, o que ratifica a falta de transparência quanto aos critérios para aceitação ou não das críticas das operadoras por parte da ANS.

---

<sup>33</sup> “Vida” é uma nomenclatura utilizada pelas cooperativas médicas. Significa o mesmo que cliente, consumidor ou beneficiário.

<sup>34</sup> **Consulta Pública** – ocorre quando uma minuta de Resolução Normativa é disponibilizada pela ANS aos atores envolvidos e sociedade com o objetivo de discutir amplamente o tema proposto, podendo os atores enviar críticas, sugestões e comentários. A partir da consulta pública podem ser editadas:

**Resolução Normativa (RN) e Resolução de Diretoria Colegiada (RDC)** – Estabelecem políticas para o setor de saúde suplementar, são expedidas pela Diretoria Colegiada da ANS.

Além da consulta pública, a ANS pode editar como normativas no mercado: **Súmula Normativa**, que expressam a interpretação da legislação de saúde suplementar, com efeito vinculativo; e a **Instrução Normativa**, que estabelece um conjunto de formalidades, regras para a operadora atingir o que foi estipulado em uma RN. São expedidas pelas Diretorias da ANS.

Portabilidade é a possibilidade de o consumidor mudar de operadora de plano de saúde sem cumprir carências novamente, o que lhe dará o direito de utilização imediata dos serviços sem que tenha contribuído financeiramente para a operadora que o recebe. Hoje a portabilidade é ofertada voluntariamente por algumas empresas como estratégia de tomada de clientes das rivais, mas poderá ser prática obrigatória conforme instrumento regulatório a ser baixado ainda este ano pela ANS. Notícia veiculada no Diário do Nordeste, em sua edição de 11/01/2008<sup>35</sup>, aponta que o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, tem manifestado posição favorável à aprovação da portabilidade em 2008. A carência serve para a formação de um fundo financeiro pela Operadora para custeio dos serviços e manutenção do equilíbrio financeiro do mesmo. Conforme a Lei 9656/98, em seu artigo 12º, inciso V, os prazos máximos vigentes de carências são:

- 24 horas para casos de urgência ou emergência;
- 10 meses para parto;
- 6 meses para procedimentos em geral (consultas, exames, internações hospitalares);
- 24 meses para um extenso rol de procedimentos relacionados às doenças e lesões pré-existentes.

Para compensar as operadoras pela obrigatoriedade da aceitação da carência cumprida em concorrentes, a ANS projeta criar mecanismos de fidelização de clientes, mas afirma que não quer estabelecer nenhum tipo de coerção para prender o usuário a um determinado plano. A questão da portabilidade carece de um estudo mais amplo, haja vista existirem diferentes tipos de redes de atendimento, diferentes preços de mensalidades praticados e diversos tipos de planos vigentes no mercado. Para que ocorra a portabilidade de forma coerente seria necessário que o consumidor levasse junto consigo as reservas constituídas na operadora anterior, como em uma previdência privada. Mas nesse caso a questão a ser levantada seria a seguinte: existem reservas? Isto porque as utilizações, e conseqüentes custos assistenciais, do consumidor na operadora anterior podem ser superiores ao valor correspondente de mensalidades pagas.

Destaca-se que a estrutura de custo de uma seguradora é diferente de uma assistência médica, que por sua vez é diferente de uma cooperativa médica. Enquanto uma reembolsa as despesas, outra presta o serviço através de rede própria, etc. Com isso, as reservas poderiam

---

<sup>35</sup> Disponível em <http://www.plurall.com.br/comunicacao/?view=print&chave=2170&tipo=N>. Acessado em 28/11/2007.

ser insuficientes para fazer frente aos custos do novo plano, o que geraria um desequilíbrio na carteira da operadora, visto que o novo participante estaria aportando menos dinheiro do que o necessário para fazer uso imediato dos serviços oferecidos. Nesse sentido servem as carências, as quais contribuem para proteger, não só a Operadora, mas também o próprio consumidor, evitando que tenha de pagar à rede prestadora por determinados procedimentos antes de ter constituído o fundo necessário para isso, o que pode acarretar, até mesmo, em quebra da Operadora, prejudicando centenas ou milhares de consumidores.

A mídia é controversa ao tratar o assunto. De um modo geral, parece querer agradar ao público ao veicular a notícia. No dia 05 de dezembro de 2007, a Agência Brasil de notícias e a *Reuters* publicaram em seu *website* matéria intitulada “Fim da carência é positiva e consumidor ganha<sup>36</sup>”. Apresentava a opinião do ministro da saúde, que considera injusta a exigência de cumprimento de carências em caso de migração do consumidor para outras operadoras e a avaliação da supervisora do setor de saúde do Procon, Renata Molina, a qual indicava que o Procon sempre defendeu a portabilidade, antes mesmo deste debate surgir no Ministério da Saúde. Renata Molina, entretanto, prossegue em seu comentário e traz à tona a grande questão para a saúde suplementar: “mas como esta medida será aplicada – é outra história”. Ao permitir uma migração sem carência, especialmente se consideramos as reservas insuficientes originadas por um plano mais barato, a lei estaria transferindo para todos os outros segurados do plano escolhido a obrigação de custear o consumidor insatisfeito com sua opção inicial (PLURALL 4, 2007).

Com relação à atualização do Rol de procedimentos médicos, como proposto pela consulta pública nº 27/2007 e consolidada com a edição da RN 167, a qual amplia a cobertura assistencial a partir de 02 de abril de 2008, ainda haverá muita discussão. Infelizmente nenhuma das reivindicações do Sistema UNIMED foram aceitas durante o processo de consulta pública por parte da ANS, como mencionado anteriormente. A ampliação de cobertura proposta se estende a todos os contratos firmados desde janeiro de 1999, o que pode inviabilizar os contratos vigentes que já trabalham no seu limite de sinistralidade<sup>37</sup>, haja vista o custo dos novos procedimentos não estarem contemplados no cálculo atuarial<sup>38</sup>. Esse é o entendimento da UNIMED Federação de Santa Catarina, a qual representa o interesse de 23

---

<sup>36</sup> Disponível em [HTTP://www.estadao.com.br/nacional/not\\_nac91008,0.htm](http://www.estadao.com.br/nacional/not_nac91008,0.htm). Acessado em 23/12/2007.

<sup>37</sup> Sinistralidade é a razão entre as receitas das operadoras e os custos assistenciais decorrentes da utilização do plano de assistência à saúde por parte dos consumidores.

<sup>38</sup> Um atuário aplica modelos matemáticos a problemas de seguros e finanças. Para ser mais específico, os atuários melhoram os processos de tomada de decisão financeira, por meio do desenvolvimento de modelos que avaliam impactos financeiros de eventos futuros e incertos.

singulares no estado<sup>39</sup>. A mesma opinião é compartilhada pelo Vice-Presidente da UNIMED Grande Florianópolis, Marcolino Cabral, o qual argumenta que a mudança é motivo de preocupação. “É mais uma exigência da Agência Reguladora que compromete os recursos e que certamente resultará num impacto, que não pode recair sobre o cooperado<sup>40</sup>”.

O entendimento do sistema UNIMED nacional é de que as novas coberturas devam valer apenas para os contratos comercializados a partir de abril de 2008. As principais inclusões de procedimentos são sintetizadas a seguir:

<b>Atendimentos por outros profissionais de saúde (indicado pelo médico assistente)</b>	<b>Procedimentos cirúrgicos e invasivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 sessões/consultas por ano com nutricionista;</li> <li>• 6 sessões/consultas por ano com terapeuta ocupacional</li> <li>• 6 sessões/consultas por ano com fonoaudiólogo;</li> <li>• 12 sessões/consultas por ano com psicoterapeuta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimentos cirúrgicos por vídeo;</li> <li>• Dermolipectomia após tratamento para OM (com Diretriz de Utilização);</li> <li>• Remoção de pigmentos de lente intra-ocular com Yag Laser;</li> <li>• Tratamento cirúrgico da epilepsia;</li> <li>• Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais;</li> <li>• Transplantes autólogos de medula óssea;</li> <li>• Cirurgias refrativas PRK e LASIK (Miopia -5 a -10 com ou sem astigmatismo associado com grau até -4 e Hipermetropia até grau 6 com ou sem astigmatismo associado até grau 4).</li> </ul>
<b>Procedimentos para anticoncepção</b>	<b>Exames e outros procedimentos (com Diretriz de Utilização)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocação de DIU (inclusive o dispositivo);</li> <li>• Vasectomia (com Diretriz de Utilização);</li> <li>• Ligadura tubária (com Diretriz de Utilização).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise de DNA para doenças genéticas;</li> <li>• Fator V Leiden, análise de mutação;</li> <li>• Hepatite B: teste quantitativo;</li> <li>• Hepatite C: genotipagem;</li> <li>• Dímero D;</li> <li>• Mamografia digital;</li> <li>• Tilt Test (teste de inclinação ortostática);</li> <li>• X-frágil, análise molecular.</li> </ul>

**Quadro 17: Síntese do aumento de coberturas do Rol de procedimentos vigentes a partir de 02/04/2008**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de informações do *website* da ANS.

Até o momento foram publicadas mais de 300 normativas pela ANS. Como exemplo, podemos destacar as Resoluções RDC N° 159 e a 160. A RDC N° 160, de 03 de Julho de 2007, que substitui a n°. 77/01, dispõe sobre os critérios de constituição de garantias financeiras a serem observados pelas operadoras de planos de saúde. Esta Resolução causa um grande impacto para as finanças das cooperativas. Garantias financeiras são um conjunto de exigências a serem observadas pelas operadoras de planos de saúde para manutenção do

<sup>39</sup> Manifestada através de informações de repassadas às singulares.

<sup>40</sup> Declaração obtida em consulta informal realizada pelo pesquisador em dezembro de 2007.

seu equilíbrio econômico-financeiro, minimizando os riscos de insolvência. Esta RDC obriga as operadoras a prever o seguinte:

- *Recursos Próprios Mínimos* - relacionados ao patrimônio da operadora, seja líquido (no caso das operadoras com fins lucrativos) ou social (no caso de operadoras sem fins lucrativos), que deverão ser observados a qualquer tempo. A RN nº 160/07 renomeou o Capital Mínimo e a Provisão para Operação, que passaram a ter um conceito único, independente de a operadora ter ou não fins lucrativos, denominando-se Patrimônio Mínimo Ajustado;
- *Margem de solvência* - é uma regra financeira prudencial com foco na capitalização da operadora que consiste em uma garantia adicional às provisões técnicas, proporcional ao porte da operadora. Todas as operadoras devem atender a esta regra. A ANS reconhece em seu *website* que as operadoras podem sofrer impacto financeiro dependendo do seu patrimônio existente e tamanho da carteira de clientes;
- *Provisão técnica* - são montantes a ser contabilizado em contas do passivo da operadora com o objetivo de garantir/refletir as obrigações futuras decorrentes da sua atividade. As provisões deverão ser constituídas mensalmente, o que faz necessário o recálculo mensal;
- *Provisão de risco* - serve para que a parcela da contraprestação, ou seja, a mensalidade do plano de saúde, cuja vigência do risco ainda não tenha findado, esteja garantida;
- *Provisão de remissão* - deverá ser constituída pela operadora que concedam o benefício de remissão aos seus beneficiários. Entende-se por remissão o fato dos beneficiários ficarem isentos do pagamento das mensalidades por um prazo pré-determinado em função da ocorrência de um evento gerador, em geral morte, desemprego ou invalidez, conforme definido em contrato. O caso mais comum, na saúde suplementar, são aqueles que concedem a manutenção da garantia de assistência à saúde com a remissão das mensalidades durante um período de até 5 anos aos dependentes em decorrência do falecimento do beneficiário titular. A Federação das UNIMED de Santa Catarina efetua essa provisão;
- *Provisão de Eventos Ocorridos e Não-Avisados (PEONA)* - é uma provisão, estimada atuarialmente, para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pela operadora. Assim, para fins desta provisão, o conhecimento do evento passa ser caracterizado a partir do momento que a operadora o registra contabilmente. Todas as operadoras devem constituir o PEONA,

com exceção daquelas exclusivamente odontológicas, para as quais a constituição é facultativa;

- *Dependência operacional* - é a diferença, contada em dias, entre o prazo médio de pagamento de eventos e o prazo médio de recebimento de contraprestações (mensalidades), decorrente do ciclo financeiro da operação de planos privados de assistência à saúde. A preocupação da ANS, ao instituir a dependência operacional, está relacionada com a necessidade de preservar ativos financeiros para fazer frente ao pagamento dos eventos avisados e não pagos;
- *Qualquer outra provisão técnica* - poderá ser constituída, como, por exemplo, para oscilação do índice de inadimplência da operadora, desde que seja encaminhada uma Nota Técnica Atuarial de Provisões (NTAP) para análise e aprovação prévia da Diretoria de Normas e Habilitação das operadoras da ANS (ANS, 2007).

Ainda sobre a ANS, a Resolução Normativa (RN) N°. 159/07 tem por objetivo aprimorar, atualizar e solidificar a sistemática de cobertura das provisões técnicas, e do excedente da dependência operacional, em substituição à RN nº 67/2004. Introduz a necessidade de vinculação dos ativos garantidores das operadoras à ANS. Ativos garantidores são títulos, valores mobiliários e/ou imóveis registrados no ativo (balanço patrimonial) das operadoras ou da entidade mantenedora de autogestão; é a efetivação financeira real da garantia escritural refletida pela provisão técnica. O registro das provisões técnicas no passivo (balanço patrimonial) representa o cálculo dos riscos inerentes às operações de assistência à saúde e os ativos garantidores são recursos financeiros destinados a cobrir esses riscos, caso eles se traduzam em despesas. Ou seja, na prática, essas medidas representam a necessidade de ter a disponibilidade de um determinado montante em caixa para minimizar o risco de quebra da operadora, deixando os clientes desassistidos. O governo pautou-se no mercado de seguros, com regras similares vigentes desde o ano 2000, para generalizar a medida a todas as operadoras de planos de saúde, criando um impasse para a cooperativa, já que esta enfrenta obstáculos à capitalização por ter que atender as prioridades dos cooperados (ANS 2, 2007).

É importante ressaltar que a ANS admite em seu *website* que a introdução de novas exigências de garantias financeiras pode trazer impacto econômico-financeiro a algumas operadoras, dependendo de como esta esteja estruturada individualmente. Todavia, argumenta que a análise deva contemplar a eficiência na gestão das empresas que operam no setor. De certo, a partir de janeiro de 2008, a ANS passa a tratar as operadoras como verdadeiras corporações financeiras que, assim como já é exigido das seguradoras especializadas em

saúde, terão que apresentar um conjunto de ativos de garantia que ficarão vinculados ao Órgão regulador. De acordo com as correspondências emanadas da ANS, caso não haja o cumprimento das normas, a agência poderá encaminhar processo para a decretação de regime de direção fiscal junto à operadora irregular (ANS 1, 2007).

A mídia, neste contexto, acaba prestando um desserviço aos consumidores ao noticiarem a saúde suplementar, pois as notícias são repassadas de forma fragmentada. Desta forma, os clientes de planos não regulamentados (planos assinados antes de promulgação da Lei 9656/98) se sentem lesados e no direito de dispor da mesma cobertura de um plano regulamentado, mesmo sem pagar os valores de mensalidades relativos a essas coberturas. Os clientes de plano regulamentado, por sua vez, requerem mais do que prevê o Rol de procedimentos da própria ANS e buscam na esfera judicial a contemplação de seus interesses. Os órgãos de defesa do consumidor como PROCON e IDEC, por sua vez, se utilizam dos meios de comunicação com métodos de coerção que recaem sobre os próprios consumidores. Acabam deturpando a legislação com sensacionalismo e parcialidade, quando deveriam esclarecê-los. Por exemplo, mesmo antes da vigência do aumento de coberturas do Rol, as quais não foram assimiladas pelas operadoras, já induzem os consumidores a buscar a esfera judicial para terem contemplados benefícios além do previsto, como se os custos não recaíssem sobre os próprios. Ainda no mês de Janeiro de 2008, o jornal o Globo publicou a intenção da Associação das Empresas de Medicina de Grupo (ABRANGE) e da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FENASAÚDE) de ingressarem na justiça contra o governo.

Ora, se estivéssemos diante de um seguro de automóvel e não tivéssemos contratado a cobertura contra terceiros, por exemplo, não adiantaria entrarmos na justiça, haja vista não termos contratualizada esta cobertura. No caso de uma cooperativa médica, visto que existe um Rol de procedimentos (instituído pelo próprio governo) que identifica a relação de todas as coberturas para as quais as operadoras devem dar amparo, por que a esfera judicial dá guarida ao que não está contratualizado? A cobertura, neste caso, deveria ser requerida ao Estado, o qual dispõe de uma obrigação constitucional. Porém, o judiciário julga procedente a cobertura de procedimentos, materiais e até medicamentos, mesmo que não estejam contempladas em contrato. Além da insegurança jurídica para as operadoras, socializa-se um custo que não deveria existir, pois esses custos serão, necessariamente, repassados aos demais consumidores, encarecendo o setor. Beneficiam-se alguns poucos (que não têm a cobertura contratual para procedimentos, que não foram calculados atuarialmente) em detrimento dos interesses de milhões de consumidores. Esta situação é relatada por Rodrigo Ferrari, advogado da UNIMED Grande Florianópolis:

o Poder Judiciário, infelizmente, com base no Código de Defesa do Consumidor, vem concedendo inúmeras liminares ampliando as coberturas contratualmente asseguradas. Em inúmeras vezes, o Poder Judiciário tem aplicado às regras insertas na Lei nº 9.656/98 nos contratos firmados anteriormente a sua vigência, em total desrespeito ao princípio do ato jurídico perfeito e do direito adquirido. Essas decisões judiciais estão onerando e muito as operadoras, pois, os seus custos não são embutidos nos cálculos atuariais dos planos de saúde (Entrevista informal concedida em setembro de 2007).

Neste sentido, em agosto de 2007, no debate sobre o impacto das decisões judiciais na rede assistencial da Saúde Suplementar, promovido pelo Sindicato dos Hospitais do Rio de Janeiro (SINDHRIO) em parceria com a Associação dos Magistrados do Rio de Janeiro (AMAERJ) (PLURALL 1, 2007), o advogado e professor de Direito Civil da PUC-Rio e da FGV-RJ, Anderson Schreiber, fez um alerta: para a construção de um sistema de saúde que atinja o maior número de pessoas, as decisões das demandas judiciais impetradas contra operadoras de saúde e prestadores de serviços precisam ser baseadas na preservação dos limites contratuais, no uso técnico da função social do contrato e na conscientização do aumento de custos provocado pelas sentenças relacionadas ao setor de saúde. De acordo com Schreiber, houve um aumento do que o Direito considera merecedor de tutela jurídica e os tribunais reconhecem danos que até há pouco tempo não eram indenizáveis. Essa expansão da responsabilidade civil se traduz em aumento do pedido de indenizações, o que reflete diretamente no sistema de saúde que passa a ter mais despesas. Essa oneração atingiu diretamente a qualidade no atendimento, pois muitos prestadores fecham as portas e os demais ficam sobrecarregados de pacientes.

Alfredo Cardoso, diretor da ANS, destaca que a batalha jurídica se agravou com a falência do sistema público de saúde. Ele diz que, com a Constituição de 1988, o Estado trouxe para si a responsabilidade do assistencialismo na saúde, mas não suportou o volume de atendimentos e faliu. Nesse sentido, Cardoso acredita que a saúde suplementar, criada para atender àqueles que têm condições de pagar pelo atendimento, não pode arcar com o ônus de dar suporte a esta falência. Já para a diretora do Hospital Barra, no Rio de Janeiro, Marta Savedra, a criação de legislações específicas provocou o desequilíbrio nas relações de saúde. O Judiciário passou a ser acionado com maior frequência, o que impactou os prestadores de serviços. Um exemplo são os doentes que entram na emergência de um hospital particular sem que tenham condições de bancar as despesas do atendimento. Alguns, por solicitação judicial conseguem, inclusive, internação. Argumenta ainda que estamos vivendo um momento em que todos estão perdendo (PLURALL 1, 2007).

Situações como estas levam as operadoras a adotar uma postura no mercado que, se observadas sob a perspectiva institucional, são parcialmente compreendidas, haja vista que as decisões das empresas têm origem em forças sociais e coletivas que afetam a capacidade de exercício da racionalidade instrumental e da otimização de resultados (GRANOVETTER, 1985; BOUDON, 1988; FONSECA; MACHADO-DA-SILVA, 2001). De acordo com a teoria institucional, um agente toma decisões condicionadas por normas, valores e visões de mundo socialmente predominantes. A empresa, para sobreviver e prosperar em seus ambientes sociais, precisa de aceitabilidade e credibilidade social (SCOTT, 2001, p. 58). A teoria institucional não admite a racionalidade, em seu sentido estrito ou técnico, como princípio da ação de tomadores de decisão. Ela incorpora, além de explicações de natureza racionalista, elementos cognitivos, culturais e interpretativos para a explicação da configuração da realidade social e organizacional. O processo de institucionalização deriva de decisões tomadas por agentes para os quais as decisões são racionais. Para Scott (2001), a legitimidade, na teoria institucional, decorre de três dimensões:

- *aspecto legal*: conformidade com as regras formais e em relação à circunstância em que se busca evitar ou resolver diferenças e conflitos na regulação de decisões e atitudes, sob pena de sanções;
- *aspectos normativos ou a conformidade a critérios morais*: o comportamento guiado por consciência da necessidade de se atender a um papel estruturado em torno de expectativas sociais;
- *aspectos cultural-cognitivos*: referem-se à conformidade com as formas de pensar predominantes, sendo o critério de legitimidade estabelecido em torno de noções a respeito de quais tipos de ação podem ser tomadas por quais tipos de atores (ou processos de tipificação).

Para o caso específico das cooperativas médicas, é importante retomarmos o destaque conferido a Rodrigues (2006) e aos critérios de aceitação de novos cooperados, os quais, sem a necessária ótica cooperativista, acabam por institucionalizar, na gestão da cooperativa, processos similares aos adotados em empresas mercantis voltadas à capitalização individual.

## **2.2 A LEGISLAÇÃO DO COOPERATIVISMO BRASILEIRO**

O ambiente político em que se enquadram as cooperativas pode apoiar ou prejudicar o desenvolvimento do cooperativismo. Neste sentido, Perius (2001) destaca que a conceituação

do cooperativismo como organizações de pessoas capazes de minimizar a concentração de riqueza, tornando-se a ponte entre o mercado e o bem estar da coletividade, já foi claramente entendida em países como Estados Unidos, Suécia e Alemanha. Seus governos e sociedades criaram mecanismos de promoção das cooperativas, com a formação de recursos humanos motivados, treinados e capacitados para a cooperação e uma legislação que não exclui as cooperativas.

Leis administrativas e políticas, em nível nacional e local devem, portanto, levar em consideração o caráter especial de empresas cooperativas. No Brasil, entretanto, uma legislação moderna, compatível com a Constituição e com os princípios cooperativistas, ainda está por ser feita.

### **2.2.1 A síntese histórica da regulamentação do cooperativismo**

No Brasil, deixando de lado a divergência entre autores quanto às origens do cooperativismo, foi através do crédito agrícola cooperativo que o movimento se introduziu efetivamente no país, com a fundação da caixa rural Raiffeisen, no Rio Grande do Sul, em 1902, graças ao padre suíço T. Amsteadt (CARRADORE, 2005). Como forma de demonstrar a evolução das cooperativas perante a legislação cooperativista brasileira, podemos utilizar a classificação de períodos e fases produzidas pelos juristas Bulgarelli e Perius. Bulgarelli, citado por Carradore (2005), elaborou a classificação de cinco períodos:

- período de implantação;
- período de consolidação parcial;
- período de centralismo estatal;
- período de renovação das estruturas;
- período de liberação.

Em contrapartida, Perius (2001) estabelece três fases para o ordenamento jurídico das sociedades cooperativas brasileiras:

- fase de constituição do ordenamento, a qual inicia em 1903 e vai até 1938;
- fase intervencionista, de 1938 a 1988;
- fase autogestionária, a partir da constituição de 1988.

Durante a fase intervencionista descrita por Perius (2001), dentro do período de renovação das estruturas estabelecido por Bulgarelli, foi promulgada a Lei 5764/71,

instrumento jurídico em vigor até hoje. Esta Lei, editada durante o regime militar, garante ao Estado o controle sobre o cooperativismo brasileiro, por meio das ações do Conselho Nacional de Cooperativismo (CNC). A partir dos debates acerca da nova Constituição, no entanto, já era notória a necessidade de se fazer mudanças na Lei do Cooperativismo ou, pelo menos, fazer constar na nova Constituição que esta Lei carecia de alterações quanto a representação do sistema cooperativista e sua relação com o Estado. A Lei 5764/71 prevê o controle e a fiscalização das cooperativas que não podem, sob pena de intervenção, atuar fora dos padrões estabelecidos por esta, pelos documentos oficiais da OCB e pelas resoluções do CNC (OLIVEIRA, 2006), o qual teve suas atividades suspensas pela Constituição de 1988 até que seja elaborada e promulgada outra lei para o cooperativismo nacional.

No que concernem às análises interpretativas da Constituição brasileira de 1988, constata-se divergências entre alguns autores. Verifica-se que Perius (2001) atribui a independência do cooperativismo da tutela do Estado com a incorporação, na Constituição, das bases de autonomia e autogestão das cooperativas. Segundo o autor, pela Constituição Federal de 1988 fica caracterizado o avanço do cooperativismo pela consagração da proteção ao sistema, estabelecendo-o como um dos melhores textos constitucionais sobre o tema. Carradore (2005) ratifica o posicionamento de Perius ao argumentar que a Carta Magna prevê incentivos às sociedades cooperativas e livra o sistema da autorização prévia estatal. Opinião divergente, entretanto, é a de Polonio (2004), ao indicar que a Constituição de 1988 possui uma abordagem dispersa do tema, sem resultados práticos imediatos, dificultando o trabalho de interpretação.

Cabe destacar, na forma de síntese, as postulações do cooperativismo brasileiro, legitimadas com propostas populares por meio da Frente Parlamentar Cooperativista, as quais resultaram em dispositivos constitucionais importantes como

Art. 5º, Inc. XVIII – A criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada a interferência estatal em seu funcionamento.

[...]

Art. 146 – Cabe à lei complementar:

III – Estabelecer normas em matéria de legislação tributária, especialmente sobre:

c) adequado tratamento tributário ao ato cooperativo praticado pelas sociedades cooperativas.

[...]

Art. 174, Parágrafo 2º – A Lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo.

[...]

Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada;

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (PERIUS, 2001, p. 29-31)

Verifica-se que, enquanto o artigo 5º decreta o fim da tutela estatal, concedendo autonomia às cooperativas, o artigo 146 procura estabelecer um regime tributário adequado, mas especifica o conceito de ato cooperativo de forma abrangente. O artigo 174 determina o papel do Estado como o de incentivador e estimulador do cooperativismo. Já o artigo 199 merece destaque, uma vez que confere às cooperativas médicas e às demais cooperativas o direito de complementar o SUS, seja através de convênios ou contratos de direito público (PERIUS, 2001). Por outro lado, Carradone (2005), desta vez, concorda com Polonio (2004) e critica os artigos em pauta por abrigarem normas programáticas<sup>41</sup> ainda não regulamentadas e sem resultados concretos.

Ao conceituar a crise das normas programáticas, Celso Ribeiro Bastos (1997, p.88) procura esclarecer que as normas programáticas

[...] muitas vezes restam ainda inaplicadas e não há como superar o confronto que surge entre o disposto na Constituição e a relutância do Legislativo em cumprir o preceituado.

É sobre o órgão das leis que recaem as decisões políticas mais importantes [...] Parece assim que o dilema é inescapável: ou a norma é programática e, em assim sendo, ela comporta uma grande dose de discricão do Legislativo quanto à oportunidade de aplicá-la, ou ela já oferece pressupostos para sua aplicação, o que a privaria da condição programática. A esta deficiência técnica cumpre agregar o uso político de que delas é feito. Consta-se que muitas vezes as normas programáticas surgem na Constituição como uma solução de compromisso. De um lado há aqueles que propugnam pela concessão integral e plena de um dado direito. De outro, há os que terminantemente o repelem. Em terceiro lugar, surge a solução compromissória: confere-se direito com caráter programático e ambos os lados se sentem parcialmente vitoriosos.

Sem dúvida a Constituição Federal, de 1988, representa um avanço para o movimento cooperativista ao garantir princípios, tais como livre acesso e adesão voluntária; controle, organização e gestão democrática; autonomia e independência. Entretanto, a não regulamentação da matéria dificulta o surgimento e funcionamento das cooperativas, além de desvirtuar a concepção cooperativista. Com a falta da regulamentação, prevalece a Lei nº 5764/71, que rege, ainda, o sistema cooperativista, e que produz verdadeiras amarras.

---

<sup>41</sup> As normas programáticas não possuem aplicabilidade imediata. Expressam a intenção do legislador de se referir a determinada matéria sem o devido aprofundamento. Ficará a critério do legislativo regulamentar ou não posteriormente a matéria.

Diversos projetos de Lei tramitam no Congresso Nacional sem previsão de término e outros surgem como promessas de fomentar o cooperativismo. Por exemplo, o anúncio feito em janeiro de 2008 pelo Governado de Santa Catarina, de que ainda no primeiro semestre deste ano deverá ser deliberada, pela Assembléia Legislativa de SC, a lei cooperativista estadual. Na esfera federal, a isenção tributária de cooperativas pode ser regulamentada com o Projeto de Lei Complementar 62/07, de autoria do deputado Leonardo Quintão (MG). Segundo este deputado, não estão sujeitos à incidência de tributos ou contribuições federais o patrimônio, as receitas e as sobras das cooperativas, assim como as transações de mercadorias e produtos entre esses estabelecimentos e entre eles e seus associados. Para o deputado, por não implicar contratos de compra e venda, os atos cooperativos não devem sofrer incidência de tributação. Não obstante, o Projeto de Lei do ato cooperativo foi apresentado na Câmara pelo deputado federal Odacir Zonta, presidente da Frente Parlamentar do Cooperativismo (FRESCOOP). Este projeto dispõe sobre o adequado tratamento tributário ao Ato Cooperativo e recebeu o número 198/2007 (Boletim OCESC 1245 e 1255). De concreto, no entanto, absolutamente nada.

Além da falta de regulamentação do texto Constitucional, a legislação pós-Constituição de 1988 permanece produzindo dificuldades às cooperativas, como por exemplo, a promulgação da Lei n. 9532/97, que diz respeito ao funcionamento e tributação. Ainda que a Constituição Federal tenha determinado um tratamento tributário adequado ao ato cooperativo, praticado pelas sociedades cooperativas, falta uma legislação que estabeleça com clareza os casos e critérios para sua incidência. De acordo com Perius (2001), em decorrência disso, o governo federal (fisco) não tem demonstrado a sensibilidade e muito menos o interesse necessário para compreender as empresas cooperativas, tributando-as como empresas mercantis. É oportuno o registro da promulgação, em 1998, da Lei n. 9656, a qual dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Embora não se trate especificamente de uma lei relacionada ao cooperativismo, intervém sobremaneira nas cooperativas médicas, haja vista regulamentar o mercado de saúde suplementar no país criando uma isonomia de tratamento entre as empresas atuantes no setor<sup>42</sup>. Em 2002, cabe registro a promulgação da Lei 10.406, que instituiu o novo Código Civil brasileiro, o qual não revogou a Lei 5764/71, mas dedicou quatro artigos ao cooperativismo, contribuindo para sua compreensão. Resgatando a história de cada período e fase mencionados por Bulgarelli e Perius (ano), pode-

---

<sup>42</sup> As cooperativas, com o advento desta Lei e, posteriormente, com a criação da agência reguladora e sua forma de atuação atual, estão sendo tratadas como verdadeiras unidades financeiras por parte do governo.

se apresentar o quadro evolutivo cronológico da legislação do cooperativismo no Brasil. A síntese demonstrada a seguir destaca, em negrito, os principais aspectos:

Fase de constituição do ordenamento	Período de implantação	Decreto 796/1890 Decreto 869/1890  Decreto 979/1903  Decreto 6.532/07 Decreto 1.637/07 Decreto 17.339/26	autoriza os militares a organizarem a sociedade cooperativa militar autoriza a organização da Companhia Cooperativa de Consumo Doméstico e Agrícola  regula as atividades sindicais de profissionais da agricultura e cooperativas de consumo e produção  regulamenta o Decreto 979/03 cria os sindicatos profissionais e as sociedades cooperativas regulamenta a fiscalização gratuita da organização e funcionamento das caixas rurais Raiffeisen e dos Bancos Luzzatti
	Período de consolidação parcial	<b>Decreto 22.239/32</b> Decreto 23.661/33  Decreto 24.647/34 Constituição 1937 Decreto-Lei 581/38  Decreto 926/38 Decreto-Lei 1.386/39  Decreto 6.980/41 Decreto 7.192/41 Decreto 5.154/42 Decreto-Lei 5.893/43 Decreto 6.274/44 Decreto 8.401/45  Decreto 46.438/59 Lei 4.380/64 <b>Decreto 59/66</b>  <b>Decreto 60.597/67</b>	<b>marco jurídico da formulação legal da atividade no Brasil revoga o Decreto 22.239/32</b> e disciplina os consórcios (funções idênticas aos sindicatos) enquadra o cooperativismo no sindicalismo confere competência legislativa supletiva aos Estados <b>restabelece o Decreto 22.239/32</b> e confere a fiscalização à cargo do Ministério da Agricultura disciplina as cooperativas de seguro autoriza a participação de pessoas jurídicas em cooperativas de indústria extrativa regulamenta a fiscalização prevista no Decreto 581/38 altera o decreto 6.980/41 prevê o processo de intervenção nas cooperativas <b>revoga o decreto 581/38 e conseqüentemente o Decreto 22.239/32</b> complementa o decreto anterior <b>restabelece a vigência dos Decretos 22.239/32 e 581/38</b> , e revoga os dois anteriores cria o Conselho Nacional de Cooperativismo – CNC cria o Sistema Financeiro da Habitação – BNH <b>novo diploma legal que revoga o Decreto 22.239/32</b> . Submete o sistema cooperativista ao controle rígido do Estado <b>regulamenta o Decreto 59/66</b>
Fase intervencionista	Período de Centralismo estatal	Decreto 60.443/67 Lei 5.316/67 Decreto 1.110/70 Decreto 68.153/71	concede isenção de Imposto de Renda às cooperativas oferece legislação especial para cooperativas médicas cria o INCRA regulamenta o INCRA e lhe confere poderes para fiscalizar as Cooperativas
	Período de renovação das estruturas	<b>Lei 5.764/71</b> Decreto 90.393/84 Lei 7.231/84  X Congresso Brasileiro de Cooperativas	<b>instrumento normativo em vigor</b> permite ao INCRA delegar funções ao sistema cooperativista transfere ao Ministério da Agricultura as competências sobre as Cooperativas  simultâneo ao processo da Constituinte, leva a incorporação na Constituição das base de autonomia e autogestão das cooperativas
Fase autogestionária	Período de liberação	<b>Constituição 1.988</b> Lei 8.028/90  <b>Lei 9.532/97</b>  <b>Lei 9.656/98</b> MP 2.004/99 <b>Lei 10.406/2002</b>	<b>livra, em tese, o cooperativismo do controle estatal</b> extingue o Conselho Nacional de Cooperativismo – CNC e a Secretaria Nacional do Cooperativismo – SENACCOOP. Extingue o Ministério da Agricultura e o recria como Ministério da Agricultura, Abastecimento e Reforma Agrária  <b>seu art. 69 equipara as cooperativas às empresas mercantis para recolhimento de tributos da esfera federal, como IR, PIS, CONFINS e Contribuição Social sobre o lucro</b> <b>dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência a saúde</b> institui o Programa de Recuperação Fiscal - REFIS <b>novo Código Civil vigente</b>

**Quadro 18: Síntese das principais medidas legislativas no Brasil**

Fonte: Adaptação pelo autor de Perius (2001); Polônio (2004) e Carradore (2005).

### 2.2.2 A Lei 5764/71 e o novo Código Civil

A sociedade cooperativa é regulada no país desde o ano de 1971 pela Lei nº. 5.764, que institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Além de legalizar a atividade, a Lei define a política nacional do cooperativismo brasileiro. Destaca-se que, ainda assim, existem Resoluções complementares para aspectos não alcançados pela Lei cooperativista e o Estatuto Social da cooperativa, que normatiza o seu funcionamento e sua relação com os associados.

Oda (2001) considera que, com a Lei 5764/71, a gestão cooperativa assume um caráter autogestiniário, haja vista que a reunião de todos os cooperados em assembléia geral configura o órgão máximo de decisões, dentro dos limites legais e estatutários, com poderes para decidir sobre os negócios da sociedade. Entretanto, a lei é considerada por diversos autores, como Perius (2001), Polônio (2004), Carradore (2005) e, pela própria Organização das Cooperativas do Estado de Santa Catarina (OCESC), ultrapassada em vários aspectos e criticada por limitar, justamente, a autonomia e a autogestão, características próprias das cooperativas.

De acordo com Pinho (2004, p.5) e Polônio (2004, p. 68-69), o artigo 6º da lei 5764/71 classifica as cooperativas, quanto à sua constituição, como:

- *1º grau (singulares)*, constituídas pelo número mínimo de vinte pessoas físicas e caracterizadas pela prestação direta de serviços aos associados;
- *2º grau (centrais e federações)*, constituídas pelo número mínimo de três cooperativas singulares, sendo possível, nas centrais, o ingresso de cooperativas de modalidades diferentes;
- *3º grau (confederações)*, constituídas pelo número mínimo de três federações ou centrais, da mesma ou de diferentes modalidades. Cabe registro que o novo código civil, instituído pela Lei 10.406 de 2002, introduz algumas mudanças no cooperativismo, como a não determinação 'taxativa' do mínimo de associados para se organizar uma cooperativa singular ou de primeiro grau.

Segundo o disposto no Art. 38, a Assembléia Geral dos associados é o órgão supremo da sociedade, dentro dos limites legais e estatutários. Tem poderes para decidir e tomar as resoluções convenientes ao desenvolvimento e defesa desta, e suas deliberações vinculam a todos, ainda que ausentes ou discordantes. A convocação poderá ser feita pelo Presidente, ou por qualquer dos órgãos de administração, pelo Conselho Fiscal, ou, após solicitação não atendida, por 1/5 (um quinto) dos associados em pleno gozo dos seus direitos. As deliberações

são tomadas por maioria de votos. O artigo 42 é claro ao especificar o critério de cada “associado = um voto”.

Após o encerramento do exercício social da cooperativa, nos três primeiros meses de cada ano, conforme estabelece o artigo 44 da lei 5764/71, a assembléia geral ordinária (AGO) deve ser convocada para, dentre outros fatores, prestar contas do exercício anterior e definir a destinação das sobras ou perdas. De acordo com o artigo 45, sempre que necessário for, poderá ser realizada uma Assembléia Geral Extraordinária. É da competência exclusiva desta deliberar sobre a reforma do estatuto, fusão, incorporação ou desmembramento da cooperativa; mudança do objeto da sociedade, dissolução voluntária da sociedade, nomeação dos liquidantes e deliberação sobre as contas do liquidante, dentre outros, exceto os específicos de Assembléia Geral Ordinária. É possível realizar AGOs e AGEs conjuntamente, desde que os assuntos estejam separados no edital e as deliberações de acordo com a lei, com o estatuto e na ordem seqüencial, observado o “quórum” de deliberação para cada uma.

O artigo 47 da Lei 5764/71 indica, quanto aos órgãos de administração da cooperativa, que a sociedade será administrada por uma Diretoria ou Conselho de Administração, composto exclusivamente de cooperados eleitos pela Assembléia Geral, com mandato nunca superior a quatro anos, sendo obrigatória a renovação de, no mínimo, 1/3 do Conselho de Administração. O artigo 48, por sua vez, prevê que esses órgãos possam contratar gerentes técnicos ou comerciais, que não pertençam ao quadro de cooperados, fixando-lhes atribuições e salários. Gawlak e Ratzke (2001), no entanto, alertam para a necessidade de uma seleção criteriosa envolvendo formação profissional e uma vasta experiência em empresas bem sucedidas, assim como o conhecimento no ramo cooperativista para os cargos de confiança, como superintendentes, gerentes e assessores contratados pela administração. No caso de eleição para o Conselho de Administração, Fiscal e outros deverá ser anexado ou inserido na ata o Termo de Desimpedimento com o teor do disposto no artigo 1011 § 1º da Lei 10.406/02 - Código Civil.

O artigo 79 procura definir “atos cooperativos” como os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais. O parágrafo único deste artigo estabelece que não implica operação de mercado, nem contrato de compra e venda de produto ou mercadoria. Este talvez seja o principal ponto debatido, haja vista a definição ser muito abrangente, o que permite inúmeras interpretações e leva o governo a tributar as cooperativas de forma inadequada. Qualquer que seja o tipo de cooperativa, não existe vínculo empregatício entre os cooperados e a organização.

Chama a atenção o inciso III do artigo 92, o qual confere ao INCRA a fiscalização e o controle das sociedades cooperativas, o que demonstra (é um exemplo) que a Lei se encontra defasada<sup>43</sup>.

O artigo 105 confere a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB) a representação do sistema cooperativista nacional. A OCB é o órgão técnico-consultivo do governo, estruturada nos termos desta lei, sem finalidade lucrativa. O artigo 107 obriga as cooperativas a registrar-se na OCB ou na entidade estadual, se houver, mediante apresentação dos estatutos sociais e suas alterações posteriores. O parágrafo único deste artigo institui que a cooperativa pagará para as Organizações a que se filiarem 10% (dez por cento) do maior salário mínimo vigente, se a soma do respectivo capital integralizado e fundos não exceder de 250 (duzentos e cinquenta) salários mínimos, e 50% (cinquenta por cento) se aquele montante for superior. O artigo 108 acrescenta que, além destes valores, será recolhida anualmente pela cooperativa após o encerramento de seu exercício social, a favor da OCB, a contribuição cooperativista que constituir-se-á de importância correspondente a 0,2% (dois décimos por cento) do valor do capital integralizado e fundos da sociedade cooperativa no exercício social do ano anterior.

Neste ponto, cabe destacar que o novo código civil abre um capítulo para as sociedades cooperativas, reguladas pelos artigos 1093, 1094, 1095 e 1096. Não obstante, as cooperativas foram expressamente mencionadas nos artigos 982, 983 e 1159. Com a pretensão de fixar em termos gerais as normas caracterizadoras das sociedades cooperativas, ainda que ressaltando a vigência da Lei 5764/71, o novo Código Civil introduziu interpretações e normas. É o princípio de hermenêutica jurídica<sup>44</sup> que, quando uma Lei faz

---

<sup>43</sup> Outro exemplo é o artigo 95, que dispõe:

A orientação geral da política cooperativista nacional caberá ao Conselho Nacional de Cooperativismo (CNC), que passará a funcionar junto ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), com plena autonomia administrativa e financeira, na forma do art. 172 do Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, sob a presidência do Ministro da Agricultura e composto de 8 (oito) membros indicados pelos seguintes órgãos representados:

- I. Ministério do Planejamento e Coordenação Geral;
- II. Ministério da Fazenda, por intermédio do Banco Central do Brasil;
- III. Ministério do Interior, por intermédio do Banco Nacional de Habitação;
- IV. Ministério da Agricultura, por intermédio do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, e do Banco Nacional de Crédito Cooperativo S.A.;
- V. Organização das Cooperativas Brasileiras

<sup>44</sup> Do grego *hermeneutiké téchné*, arte de interpretar. *Hermenéuó*: interpreto. Conjunto de princípios gerais que se deve seguir para interpretar a lei no caso concreto. A hermenêutica jurídica tem por objeto o estudo e a sistematização dos processos aplicáveis para determinar o sentido e o alcance das expressões do Direito. É a teoria científica da arte de interpretar. Assim, a ciência da interpretação do Direito chama-se hermenêutica jurídica.

remissão a dispositivos de outra Lei da mesma hierarquia, estes se incluem na compreensão daquela, passando a constituir parte integrante de seu contexto. Assim, o regime jurídico das cooperativas exige um meticoloso esforço hermenêutico decorrente da superposição entre o novo Código Civil e a Lei 5764/71 (KRUEGER, 2003).

A OCB, órgão representativo do sistema cooperativista nacional e técnico-consultivo do governo, tão logo houve a promulgação do novo Código Civil, pôs-se a examinar os possíveis efeitos práticos do novo diploma no regime jurídico das cooperativas, identificando alguns pontos que considera críticos (KRUEGER, 2003). Podem ser destacados:

*As metodologias de comparação da Lei 5764/71 e o novo Código Civil para a definição do novo regime jurídico das sociedades cooperativas:* o ponto de vista da OCB é o de que nos assuntos que não conflitem com os artigos 1.094 e 1.095 a Lei 5764/71 permanece em vigência. Quanto às lacunas, que por ventura surjam na Lei 5764/71, deve ser respeitado o disposto no capítulo da sociedade simples, haja vista o parágrafo único do artigo 982 do Código Civil estabelecer:

Art. 982 [...]

Parágrafo único. Independente de seu objeto, considera-se empresária a sociedade por ações; e simples, a sociedade cooperativa.

*O arquivamento dos atos constitutivos das sociedades cooperativas:* O artigo 1.150 do Código Civil dispõe que o empresário e a sociedade empresária vincularam-se ao Registro Público de Empresas Mercantis a cargo das Juntas Comerciais e as sociedades simples ao Registro Civil das Pessoas Jurídicas. Ocorre que o artigo 982 equipara as cooperativas às sociedades simples, suscitando dúvidas quanto à necessidade das cooperativas estarem sujeitas a registro em cartórios de Pessoas Jurídicas, ao invés da Junta Comercial. Entretanto, a OCB, com o embasamento no artigo 1.093 do Código Civil, o qual dispõe que a sociedade cooperativa rege-se-á por este Código ressalvada a legislação especial (Lei 5764/71), entende que permanece o disposto no artigo 18, § 6º:

Arquivados os documentos na Junta Comercial e feita a respectiva publicação, a cooperativa adquire personalidade jurídica, tornando-se apta a funcionar.

*O número mínimo de associados para a constituição de das cooperativas singulares:* a Lei 5764/71, em seu artigo 6º, I, é taxativa ao estabelecer um número mínimo de 20 constituintes para formar uma cooperativa. Entretanto, o artigo 1094, II, do Código Civil,

impõe o concurso de sócios em número mínimo necessário a compor a administração da sociedade, não estabelecendo, assim, o número mínimo de constituintes para uma sociedade cooperativa. De acordo com o entendimento da OCB, não há que se aceitar uma unilateralidade na interpretação dos dispositivos do novo Código Civil, mas compatibilizá-lo com a Lei 5764/71, haja vista que o Código Civil não teve a intenção de reformar esta lei. Assim, permanece, para a OCB, o que preconiza a Lei 5764/71.

*Assembléias gerais: quórum e delegados; voto por procuração; retorno das sobras:*  
Em nada sofrerá modificação com a vigência do novo Código Civil (Lei nº. 10.406/02).

Ao contrário do que sugere Perius – para o qual o novo Código Civil é inconstitucional no que se refere às cooperativas, tendo por isso incentivado a fraude – a OCB vê uma modernização na legislação cooperativista brasileira, comparando diversos incisos com normas recentes instituídas por países europeus, como, por exemplo, o que preceitua o artigo 1.094. A OCB credita a possibilidade de fraude à própria natureza humana, à corrupção, que deve ser punida. O problema seria principalmente de fiscalização.

### **2.3 A ASSISTÊNCIA MÉDICA NO BRASIL**

Em sua dissertação, durante a introdução ao tópico cooperativismo médico, Otta (2003) deixa claro o registro, durante a primeira metade do século XX, de cooperativas de usuários que se reuniam para contratar serviços médicos no Canadá, Bélgica, França, Yugoslávia, Japão e países da América Central e do Sul. Conforme descrito pelo autor, em 1934 foi criada em Bilbao, na Espanha, uma sociedade de cirurgiões que, na busca de proteção ao serviço profissional, com livre escolha e sem intermediação para seu pagamento, oferecia coberturas para hospitalizações para famílias de baixa renda.

Para que possamos analisar a assistência médica no Brasil, faz-se necessário retornar um pouco mais no tempo, até a construção da primeira Santa Casa de Misericórdia em Santos, no Estado de São Paulo, em meados do primeiro século do descobrimento. Construídas com recursos da Coroa Portuguesa, as Santas Casas foram as únicas instituições hospitalares existentes no Brasil até meados do século XIX (CASTRO, 2003). Haja vista as diferentes características territoriais entre Portugal e Brasil e o desconhecimento das doenças tropicais então existentes em nossas terras, a administração centralizada do sistema de saúde, advindo de Portugal, não funcionou no Brasil. Fato este que a proclamação da república em 1889 procurou corrigir ao conferir ao Estado a autonomia, mas transferindo aos Municípios as responsabilidades sanitárias (SILVA; MAHAR, 1974).

A Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, em 1859, dá origem às instituições hospitalares patrocinadas pelas principais colônias de imigrantes que se instalaram no país. Silva e Mahar (1974) argumentam que as questões da previdência e assistência social iniciam a partir do fim do século XIX e se estendem aos funcionários e empresas públicas após a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Empregados das Empresas Ferroviárias, por meio do Decreto 4682/23. A partir dessa Lei surgem as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), para servidores da União, os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) para categorias de trabalhadores do setor privado e os Institutos de Previdência Estaduais (IPEs), para servidores estaduais. Essas entidades criaram seus serviços médicos com administração própria em razão da pequena oferta de serviços médicos existentes.

De acordo com Castro (2003), a assistência médica passa, a partir de 1930, a ser garantida pela disponibilidade financeira de recursos dessas Caixas e Institutos. Em razão do aumento de benefícios e do momento político no primeiro governo de Getúlio Vargas, as concessões de aposentadorias e pensões são reduzidas com a adoção de critérios mais rigorosos. Inúmeras mudanças na legislação ocorridas até 1945 decretaram alterações nos objetivos assistenciais dessas Caixas e Institutos, cuja prioridade passa a ser os benefícios de aposentadorias e pensões, desobrigando-as da assistência médica e hospitalar, a qual passa a ser responsabilidade do Estado (SILVA; MAHAR, 1974).

As entidades de previdência e assistência, de acordo com Castro (2003), somente têm restituídas suas atividades originais após a promulgação da Constituição de 1946 e o fim da era Vargas. Com o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões em 1950, os Institutos direcionam mais recursos para investimentos em estruturas próprias de atendimento médico, como a construção de hospitais e ambulatórios. Em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) amplia as atribuições dos Institutos de previdência e assistência e regulamenta:

- as formas de compra e concessão de serviços de saúde do setor privado;
- os convênios entre o Estado, empresas, instituições públicas e sindicatos;
- os financiamentos para a expansão das entidades beneficentes de saúde;
- o credenciamento de médicos e as tabelas de honorários (CASTRO, 2003).

Desta forma, o Estado permanece como contribuinte de um sistema tripartite. No entanto, esta relação aumenta a dívida do Estado com as Caixas e Institutos, o que resultou na unificação de todos os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), através do

Decreto Lei nº. 72 de 1966, considerado por Castro (2003) como o mais importante ato do governo militar. Todavia, com esta política social adotada, as ações na área da saúde passam a privilegiar a medicina curativa e de caráter assistencialista. Impossibilitado de atender à demanda crescente, o governo se vê obrigado a incentivar a modernização de hospitais privados por meio de empréstimos a juros baixos, fomentando a organização de empresas de medicina de grupo (FONSECA, 2004).

Nesta época, o atendimento médico era assegurado pelo governo somente aos contribuintes do INPS que portavam o cartão de identificação. Para o restante da população, restavam como opção o pagamento do atendimento particular, opção restrita à elite financeira, buscar atendimento nas Santas Casas e outras entidades filantrópicas (CASTRO, 2003). A criação no Brasil de empresas de assistência médica foi motivada pela necessidade de facilitar o acesso da maior parcela da população a serviços e tecnologias cada vez mais onerosas (FONSECA, 2004).

Em 1966 foi fundada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) para unir e representar as empresas privadas que já atuavam na prestação de serviços de saúde. O Seguro Saúde no Brasil foi instituído no mesmo ano, através do Decreto Lei n.º 73/66, o qual define como seguradoras, em seu artigo n.º 129, as empresas que garantem o reembolso de pagamento de serviços médicos pelo sistema de livre-escolha de prestadores, sem rede de médicos e hospitais credenciados. A regulamentação e a fiscalização do Seguro Saúde pela SUSEP resultou em uma cobertura mais abrangente aos produtos e, conseqüentemente, um preço superior aos dos planos de saúde que não eram regulamentados. Em razão de divergências entre entidades médicas, as empresas de medicina de grupo ficaram, à época, fora da regulamentação para estimular seu desenvolvimento (FONSECA, 2004). Entretanto, descompromissada com padrões éticos e voltadas basicamente para a capitalização particularista, as empresas de medicina de grupo mercantilizavam a medicina ao contratar e remunerar precariamente os médicos.

Surgimento da UNIMED: justamente em reação a essa mercantilização, surge em 1967, em Santos, a primeira cooperativa médica UNIMED, cuja base primordial era o retorno ao cooperado do resultado da sua atividade laboral, impedindo a intermediação e eliminando o lucro e a exploração do trabalho médico (OTTA, 2003).

Em 1977, a Lei 6439 institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Esse sistema se estrutura através de dois Institutos: o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), para o controle financeiro de toda a atividade previdenciária; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS), para a gestão e controle da assistência médica. Por intermédio do INAMPS o governo pretendeu oferecer assistência médica a toda a população, independente do usuário possuir ou não o tradicional cartão do INPS. Todavia, as verbas para a saúde eram cada vez mais insuficientes (MAY, 1996), o que influía diretamente na redução dos valores de honorários médicos e da remuneração dos demais prestadores credenciados.

Somente com a Constituição de 1988 se encerra o ciclo previdenciário de gestão da assistência médica, com a sua transferência para o âmbito do Ministério da Saúde e a regulamentação desse serviço público pela Lei Orgânica da Saúde – Leis 8080/90 e 8142/90 (CASTRO, 2003). É importante destacar que a Constituição Federal de 1988 universalizou a obrigação do Estado e o direito do cidadão, mas os recursos para a execução dos programas de saúde pública, e mesmo à assistência médica supletiva, permaneciam escassos. A situação tornava prioritário para praticamente todos os ministros do Ministério da Saúde assegurar o suprimento de recursos através de impostos não declaratórios e específicos (MAY, 1996).

Com a regulamentação do texto constitucional, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde estabeleceu as normas de gestão e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, a escassez orçamentária permanece mesmo com a instituição da Contribuição Financeira da Seguridade Social (COFINS), pela Lei Complementar nº. 70 de 1991, e, com a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), criada pela Lei 9.311/96, a qual, em tese, destinaria exclusivamente os recursos para o Ministério da Saúde, especificamente para o Fundo Nacional de Saúde (CASTRO, 2003). A CPMF foi extinta recentemente, em dezembro de 2007.

Ainda no ano de 1990, o Código de Defesa do Consumidor pode ser considerada uma tentativa de regulação na saúde suplementar, mas que iniciou a demanda de ações judiciais no sentido de concessão de liminares favoráveis ao atendimento de clientes de planos e seguros de saúde.

### **2.3.1 A regulamentação suplementar no Brasil**

A desigualdade de obrigações legais entre seguradoras, reguladas pela SUSEP, e demais empresas de saúde no mercado motivou, em 1992, a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (FENASEG) iniciar uma manifestação consensual das seguradoras por uma série de demandas e propostas ao Governo, que resultaria na regulamentação de todo o setor de saúde privada através da Lei n. 9656/98 (FONSECA, 2004).

O setor de assistência médica supletiva no Brasil, como indica Castro (2003), desenvolveu-se por mais de trinta anos sem qualquer regulamentação específica. As coberturas eram enumeradas nos contratos firmados. Caso surgissem novas coberturas no mercado, os clientes eram obrigados a contratar um novo plano. A necessidade de intervenção regulatória do governo adveio de dois fatores determinantes: a pressão da opinião pública, inconformada com a ação unilateral de algumas empresas de seguro e planos de saúde, seja por aumento de preços ou restrições à cobertura; e de algumas operadoras, que já haviam criado medidas de auto-regulamentação no início dos anos de 1990, como a criação do Conselho de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE) (FONSECA, 2004). Estas pressões foram endossadas pelo apoio da mídia brasileira, a qual contribuiu para que vários consumidores obtivessem ganhos de causa nas instâncias judiciárias. Dessa maneira, Fonseca (2004) argumenta que a regulamentação de planos e seguros privados de saúde foi demandada, tanto por órgãos de defesa do consumidor, como o IDEC<sup>45</sup>, quanto por entidades médicas e setores governamentais ligados à área econômica.

A recente política de privatização da economia brasileira levou o poder público a estabelecer, genericamente, a regulação de diversas indústrias através de agências reguladoras. A questão, segundo Castro (2003), é saber se esse modelo pode ser tomado como referência para o mercado de assistência médica supletiva, haja vista os custos incidentes para as operadoras de planos. Fonseca (2004), por sua vez, indica que as discussões de uma lei que regulamentasse os planos de assistência à saúde iniciaram-se no Senado Federal ainda no ano de 1994. A cronologia para a promulgação da Lei 9656/98 pode ser melhor representada pelo quadro a seguir:

---

<sup>45</sup> IDEC: Instituto de Defesa do Consumidor.

<b>Fevereiro de 1994</b>	- O Senado aprova o projeto 93/93, que continha \$s\$omente três artigos; - O projeto foi encaminhado à Câmara dos Deputados, cujo n.º de registro é 4425/94.
<b>No início de 1996</b>  <b>Agosto de 1996</b>	- A Câmara cria uma comissão especial para avaliar o assunto. O governo cria um grupo de trabalho interministerial (Saúde, Justiça e Fazenda), que apresenta uma versão preliminar para discussão; - Uma comissão Legislativa Especial foi constituída para proferir parecer ao projeto 4425/94 (principal objetivo era proibir a exclusão de cobertura de despesas com tratamento de determinadas doenças em contratos que asseguram atendimento médico-hospitalar pelas empresas privadas); - Após mais de 1 (um) ano de funcionamento, esta comissão não conseguiu apresentar um relatório final.
<b>Até agosto de 1997</b>  <b>14 de outubro de 1997</b>	- Haviam sido apresentados 24 novos projetos e 131 emendas, das quais somente 13 foram aceitas e incorporadas no substitutivo ao projeto de Lei 4425/94, o qual passa a dispor de 36 artigos. - O plenário da Câmara aprovou o substitutivo com 306 votos a favor, 100 contra e 03 abstenções. - Em razão das alterações aprovadas na Câmara, foi preciso retornar ao Senado, sem possibilidade de mudança no texto.
<b>06 de maio de 1998</b>  <b>03 de junho de 1998</b>  <b>03 de setembro de 1998</b> <b>04 de setembro de 1998</b>	- Após várias audiências públicas, com participação de representantes de órgãos, de entidades envolvidas com o tema e com a promessa do governo de editar Medida Provisória regulamentando questões polêmicas, o Senado aprova a proposta de redação final do Projeto de Lei, que dispunha sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. - O projeto torna-se a Lei 9656 com a sanção, sem vetos, pelo então presidente da República, Fernando Henrique Cardoso. - Entra em vigor, 90 dias após sua publicação, a Lei 9656. - É editada a primeira Medida Provisória alterando diversos dispositivos da referida Lei.

**Quadro 19: Cronologia para promulgação da Lei 9656/98**

Fonte: Adaptação pelo autor de Fonseca (2004).

De acordo com Castro (2003), no Brasil, ao contrário da maioria dos países em que a regulação é feita atuando sobre as empresas do setor, garantindo suas condições de solvência e competitividade, a opção foi por regulamentar também a assistência à saúde (coberturas), com medidas como a proibição da seleção de risco<sup>46</sup> e do rompimento unilateral dos contratos. O autor prossegue argumentando que, enquanto em setores industriais as agências regulatórias são criadas e orientadas para a formação e diversificação de mercados, a Lei 9.656 surge em função das falhas de mercado percebidas nas relações entre as operadoras e os consumidores.

Dentre os desafios a considerar-se, Costa e Ribeiro (2001) indicam os fatores específicos de formação da demanda de saúde que condicionam a política pública setorial, cuja síntese é apresentada a seguir:

<sup>46</sup> Forma que as operadoras utilizavam para selecionar o perfil de clientes; assim, poderiam adotar critérios para inibir a entrada de idosos, doentes, etc.

- o envelhecimento da população;
- as doenças crônicas e emergentes;
- a inovação tecnológica, que nem sempre reduz custo e é cumulativa;
- a ampliação da capacidade terapêutica da atenção à saúde;
- a mudança na percepção da necessidade do consumidor, com a crescente demanda por atenção customizada, e por alta tecnologia;
- a autonomia decisória médica, com implicações sobre a estrutura de custos da atenção à saúde;
- a ênfase no tratamento intra-hospitalar e em estratégias curativas.

Com a Lei 9656/98 foi imposto um divisor de águas no mercado de planos de saúde. Os planos anteriores a promulgação da Lei, denominados antigos, não puderam mais ser comercializados, mas permanecem, até hoje, vigentes por tempo indeterminado, a não ser por vontade do consumidor em migrar para um plano regulamentado. Já a oferta dos novos planos, comercializados a partir da regulamentação, deveriam ser protocolados na SUSEP e passariam a ser enquadrados na legislação pertinente. De acordo com Fonseca (2004), os planos de saúde eram, inicialmente, regulados por um modelo Bi-Partite. Previa a regulação da atividade econômica na esfera do Ministério da Fazenda, e a atividade de produção dos serviços de saúde, pelo Ministério da Saúde, através do CONSU<sup>47</sup> e de sua instância consultiva, a Câmara de Saúde Suplementar<sup>48</sup>.

Em 1999 a Medida Provisória n.º 1908-18 exigiu que as seguradoras com rede referenciada se reorganizassem como operadoras de planos de saúde, constituindo pessoas jurídicas independentes de suas outras atividades de seguro. Desta forma, transfere a competência de fiscalização e normatização dos aspectos econômico-financeiros destas empresas, da SUSEP para o Ministério da Saúde.

Em 28/01/2000, com a Lei n. 9.961, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Uma autarquia federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que possui autonomia financeira e decisória, e que se destina à criação de mecanismos estatais de fiscalização, controle de preços e regulação dos serviços médicos prestados por operadoras de planos de

---

<sup>47</sup> O Consu era o órgão colegiado da estrutura regimental do Ministério da Saúde que tinha competência para deliberar sobre questões relacionadas à prestação de serviços na saúde suplementar nos seus aspectos médico, sanitário e epidemiológico. Normatizou em mais de vinte Resoluções as questões referentes à assistência médica e fiscalização.

<sup>48</sup> A Câmara de Saúde Suplementar era um órgão consultivo, no âmbito do Consu, que representava os órgãos públicos, conselhos de profissionais de saúde, órgãos de defesa do consumidor e entidades representativas de diversos setores dos planos e seguros de saúde.

saúde. De acordo com Fonseca (2004), sua missão institucional é a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, a regulação das operadoras setoriais (inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores) e a contribuição para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Castro (2003) é mais detalhista ao expor os objetivos gerais especificados a seguir, atribuídos à ANS pela Lei 9961/00:

- assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
- definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- definir e implementar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras, que assegurem a continuidade da prestação de serviços de assistência à saúde, contratados pelos consumidores;
- dar transparência e garantir a integração do setor de saúde suplementar ao Sistema Único de Saúde;
- estabelecer mecanismos de controle da abusividade de preços;
- definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor.

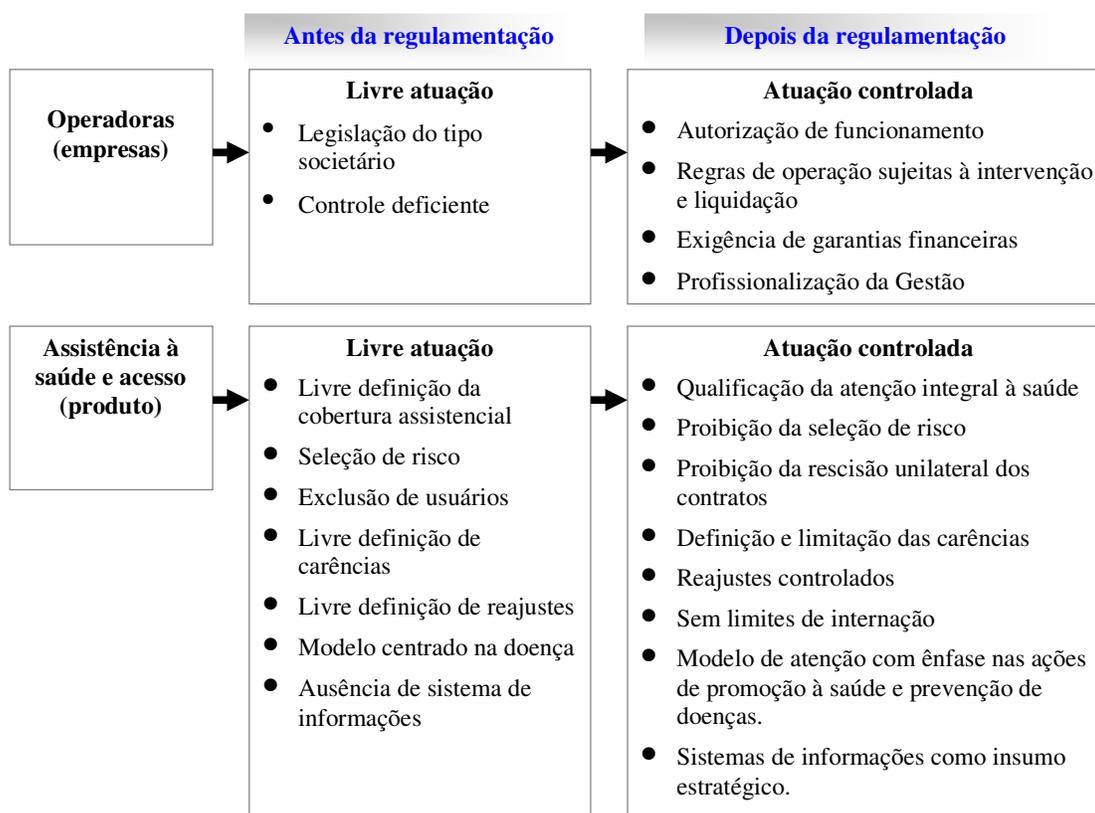
A situação prática demonstra que o acesso de consumidores à saúde suplementar mudou com o advento da Lei 9656/98. A regulamentação, além de proibir a comercialização de contratos que não oferecessem coberturas conforme indicada por um Rol, obrigou, em um prazo de um ano, a adaptação obrigatória dos clientes com planos antigos aos regulamentados. Mesmo os clientes dos planos antigos passaram a dispor de garantias fundamentais, como a proibição da interrupção da internação hospitalar, atendimento de urgência e emergência, proibição da rescisão unilateral (exceto por inadimplência superior a 60 dias), dentre outros. A realidade de mercado, no entanto, frustrou as expectativas do governo de ter todos os consumidores de planos de saúde em contratos adaptados à Lei. Os custos decorrentes das novas coberturas e garantias financeiras, que resultava em valores maiores de mensalidades aos consumidores, levaram a sociedade e os órgãos de defesa do consumidor a exercer pressão, de forma que a adaptação deixou de ser obrigatória (FONSECA, 2004).

Castro (2003) argumenta sobre os mecanismos implementados pela ANS para fiscalizar o ingresso e a saída do setor, cuja síntese é apresentada a seguir:

- plano de contas-padrão para as empresas operadoras;
- prazo para adaptação dos contratos antigos às novas exigências assistenciais;

- elaboração de nota técnica atuarial para registro de produto;
- constituição de reservas por parte das operadoras como garantia de continuidade na prestação dos serviços;
- sistema de informações periódicas sobre morbidade e mortalidade;
- taxa por plano de saúde com base no número de usuários cadastrados;
- ressarcimento ao SUS pelo uso desses serviços por parte dos usuários cadastrados nas operadoras;
- Rol de procedimentos médicos/odontológicos a serem cobertos nos diversos tipos de planos;
- procedimentos de alta complexidade para cobertura parcial temporária;
- imputou responsabilidades aos diretores das empresas.

No quadro sinótico a seguir é apresentado um resumo da situação anterior a regulamentação e como passou a vigorar a saúde suplementar após a promulgação da Lei 9656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde:

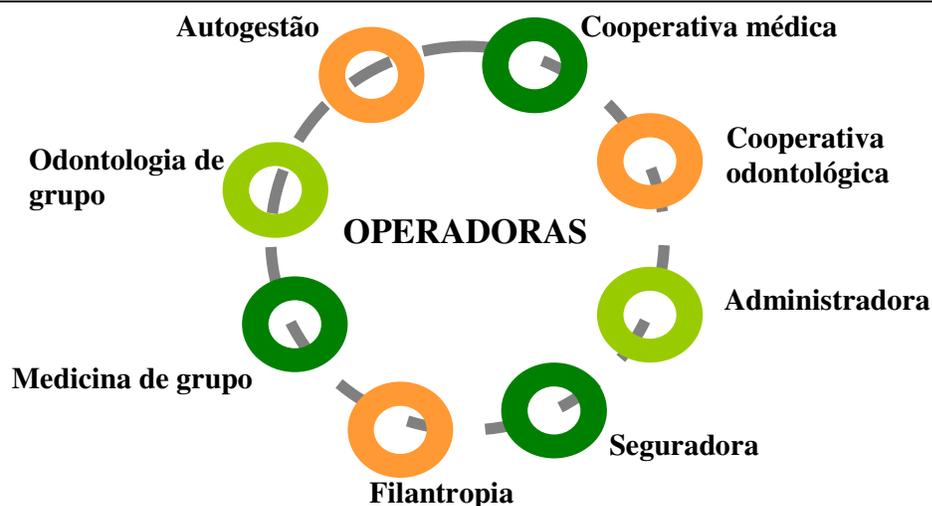


**Quadro 20: Comparativo antes e depois da regulamentação do setor**

Fonte: Adaptado pelo autor do *website* da ANS.

Fonseca (2004) destaca o alto impacto dos ajustes pelos quais as operadoras se depararam ao final de 1999 decorrentes da Lei 9656/98. Castro (2003) concorda, argumentando que qualquer ação do poder público, ao inserir políticas reguladoras em setores da economia, acaba por impactar os seus agentes. Cabe destacar o atendimento parcial do pedido de liminar solicitada pela Confederação Nacional de Saúde, em 2003, questionando a constitucionalidade de alguns dispositivos da Lei 9.656/98. Por votação unânime, todos os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) entenderam que os contratos celebrados antes da edição daquela Lei não podem ser atingidos pela regulamentação dos planos. Desta forma, reconheceu-se como inconstitucional a incidência retroativa das obrigações sobre contratos celebrados antes do início da vigência da referida Lei. Com esta decisão do STF, os consumidores que dispunham de contratos anteriores à Lei 9656/98 permaneceram sem as garantias instituídas pela regulamentação e a ANS ficou com menor poder de regulação deste mercado, o que levou o governo a incentivar a migração dos contratos.

Do ponto de vista formal, a RDC nº. 39 (da Diretoria Colegiada da ANS) especifica as seguintes modalidades de operadoras no mercado da saúde suplementar:

**1. Autogestão:**

Entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.

**2. Cooperativa Médica:**

Sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

**3. Cooperativa Odontológica:**

Sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

**4. Filantropia:**

Entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.

**5. Administradora:**

Empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários.

**6. Seguradora especializada em saúde:**

Sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.

**7. Medicina de grupo:**

Demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.

**8. Odontologia de grupo:**

Demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

**Figura 11: Modalidades de operadoras na saúde suplementar**

Fonte: Adaptado pelo autor do *website* da ANS.

Quanto ao número de operadoras vigentes no país, a ANS destaca:

Modalidade da Operadora	Brasil	%
<b>Total</b>	<b>2.070</b>	<b>100,0%</b>
Medicina de Grupo	686	33,1%
Odontologia de Grupo	430	20,8%
Cooperativa Médica	358	17,3%
Autogestão Patrocinada	195	9,4%
Cooperativa Odontológica	154	7,4%
Autogestão não Patrocinada	110	5,3%
Filantropia	106	5,1%
Administradora	19	0,9%
Seguradora especializada em saúde	12	0,6%

**Quadro 21: Distribuição por tipo de operadora no Brasil**

Fonte: Cadastro de operadoras – ANS/MS – 12/2007.

Quanto aos clientes assistidos pela saúde suplementar, encontra-se a seguinte distribuição por operadora de planos privados:

Modalidade da Operadora	Brasil	%
<b>Total</b>	<b>44.704.135</b>	<b>100,0%</b>
Medicina de Grupo	14.848.839	33,2%
Cooperativa Médica	11.979.204	26,8%
Autogestão	5.454.594	12,2%
Odontologia de grupo	4.814.865	10,8%
Seguradora especializada em saúde	4.639.792	10,4%
Cooperativa Odontológica	191.649.233	3,7%
Filantropia	1.317.608	2,9%

**Quadro 22: Distribuição de clientes por tipo de operadora**

Fontes: Sistema de Informações de Beneficiários – ANS/MS – 12/2007 Cadastro de operadoras – ANS/MS – 12/2007.

Chama a atenção o universo de consumidores assistidos. Apesar de ser um pouco superior ao registrado quando da regulamentação do setor, em 1998, quando se estimava aproximadamente 42 milhões de usuários, não representa sequer 25% do total de habitantes no país. Hoje 65% da massa de clientes estão com contratos regulamentados, ou seja, 35% dos 44 milhões permanecem em contratos anteriores a 1º de janeiro de 1999. É oportuno

destacar que, da massa total de clientes, 83% estão vinculados a contrato Pessoa jurídica, apenas 17% da massa de clientes possuem contrato pessoa física.

Com todas as medidas regulamentares tomadas, o aumento de coberturas e dos custos assistenciais, os encargos impostos às operadoras, somados à controversa inflação médica, assumida por todos, mas em permanente discussão quanto ao seu tamanho, a tendência é de agravamento dos dilemas quanto à saúde suplementar, já que a renda da população talvez não acompanhe a demanda. Esta situação pode refletir na sobrecarga de atendimento e custos ao próprio Governo/Estado, que vê as operadoras como um meio de desafogar o atendimento público e universal do SUS (FONSECA, 2004). O aspecto dilemático desta situação está em que, para que esta política seja consolidada, há a necessidade de manter-se a população segurada em número constante ou crescente, o que induz à necessidade de manter valores de mensalidades dentro do considerado razoável e aumentar a abrangência das coberturas: do ponto de vista econômico tais objetivos são incompatíveis.

### 2.3.2 O funcionamento do setor da saúde suplementar hoje

Além de definir 8 modalidades de operadoras no mercado, com a Lei 9656/98, existem hoje duas formas de contratação de planos de assistência à saúde: pessoa física ou jurídica. O contrato pessoa física pode ser individual, ou para o grupo familiar, ambos na modalidade de pré-pagamento<sup>49</sup>. O contrato pessoa jurídica, firmado para beneficiar um grupo de pessoas, pode ser coletivo empresarial<sup>50</sup> ou por adesão<sup>51</sup>; em ambos existem as modalidades de pré-pagamento ou de custo operacional<sup>52</sup>.

O preço de um contrato pessoa física possui uma tabela pré-definida; já para o contrato pessoa jurídica, uma série de fatores são levados em consideração na análise de perfil para a determinação do preço final, como área de atuação da empresa, faixa etária, faixa salarial, disponibilidade de programas internos de prevenção e promoção à saúde, etc. Em ambos os

<sup>49</sup> *Pré-pagamento*: o pagamento é mensal e independente da utilização dos serviços pactuados. Além da mensalidade, o contratante poderá ter uma co-participação nos serviços assistenciais.

<sup>50</sup> *Coletivo empresarial*: contrato com valor mensal pré-definido podendo haver ou não a incidência de co-participação. A adesão do funcionário é automática e a fatura é emitida em nome da empresa contratante. O contrato é com patrocinador, onde o titular (funcionário) e a empresa podem contribuir no pagamento da mensalidade.

<sup>51</sup> *Coletivo por adesão*: contrato com valor mensal pré-definido podendo haver ou não a incidência de co-participação. A adesão ao plano é espontânea e opcional. O contrato pode ser com patrocinador, onde o titular (funcionário) e a empresa podem contribuir no pagamento da mensalidade e a fatura é emitida em nome da empresa; ou sem patrocinador, onde o titular (funcionário) é responsável pelo pagamento total da mensalidade, cobrada através de boleto bancário em nome do titular do plano.

<sup>52</sup> *Custo operacional*: o pagamento mensal será de acordo com os serviços assistenciais prestados, em prazos e tabelas previamente acordados. A utilização será acrescida de uma taxa de manutenção mensal fixa, uma taxa de administração incidente sobre o total dos custos assistenciais, ou ambas

casos, o preço do produto é calculado por um atuário<sup>53</sup>, baseado no risco da ocorrência de sinistros. Um atuário aplica modelos matemáticos a problemas de seguros e finanças. Para ser mais específico, os atuários melhoram os processos de tomada de decisão financeira, por meio do desenvolvimento de modelos que avaliam impactos financeiros de eventos futuros e incertos. O atuário avalia uma nota técnica a ser repassada a ANS indicando o preço mínimo de cada produto. Desta forma, a agência reguladora pode fiscalizar o mercado de para que uma Operadora não venha a comercializar um produto abaixo de seu custo mínimo, prejudicando a concorrência e servindo de base para aplicação de reajustes elevados no mercado.

Hoje, as operadoras não podem mais comercializar produtos por módulo de coberturas, como faziam antes da regulamentação. Agora, existe um Rol de procedimentos que são coberturas obrigatórias. As operadoras podem oferecer mais do que preconiza o Rol, mas nunca menos. De acordo com o artigo 10 da Lei 9656/98, todas as operadoras são obrigadas a oferecer no mercado o plano referência, que compreende partos e tratamentos, correspondendo à segmentação ambulatorial acrescida da segmentação hospitalar com cobertura obstétrica, realizadas exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermaria.

Os contratos de pré-pagamento, seja pessoa física ou jurídica, apresentam algumas características que determinam o valor (preço) da mensalidade quando da contratação, como: abrangência<sup>54</sup>, segmentação<sup>55</sup>, padrão de acomodação<sup>56</sup>, co-participação<sup>57</sup>, faixa etária<sup>58</sup>.

Há ainda as doenças e lesões pré-existente<sup>59</sup>, identificadas quando o consumidor realiza a declaração de saúde. O fluxo em que se depara o cliente pode ser melhor demonstrado com a figura a seguir:

---

<sup>53</sup> Definição extraída de documentos internos do ambiente de trabalho do pesquisador;

<sup>54</sup> Abrangência: pode alcançar um município (abrangência municipal), um conjunto de municípios, um estado (cobertura estadual), um conjunto de estados ou todo o país, a chamada cobertura nacional;

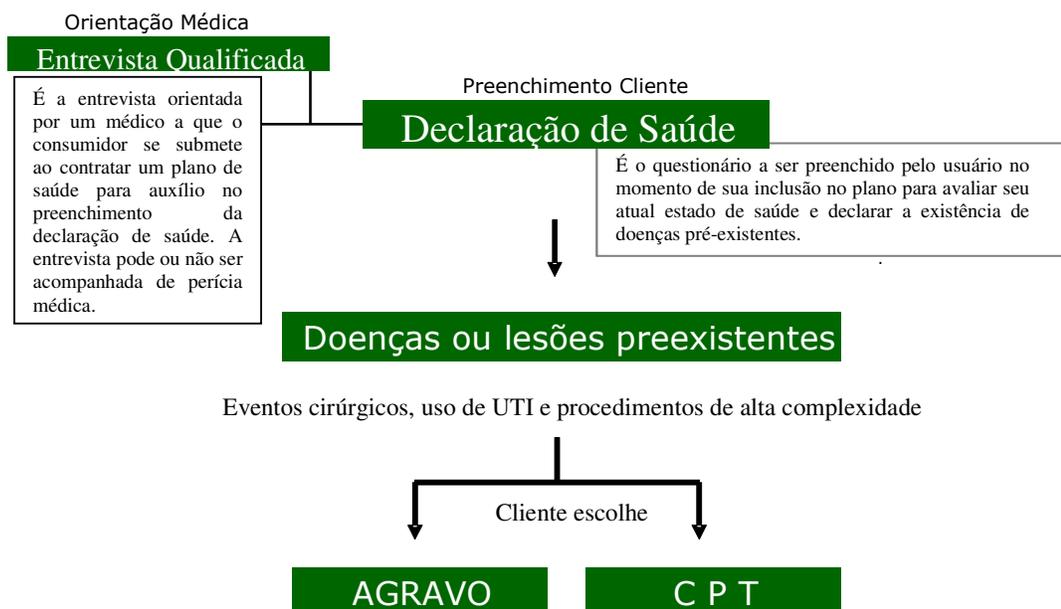
<sup>55</sup> Segmentação: hospitalar (Atendimento exclusivamente hospitalar, com cobertura para internações clínicas, obstétricas, cirúrgicas e psiquiátricas); ambulatorial (Consultas eletivas, consultas de urgência e emergência em hospitais, pronto-socorro e clínicas, exames complementares, procedimentos ambulatoriais e terapias); ambulatorial e hospitalar: (contempla as duas segmentações).

<sup>56</sup> Padrão de acomodação: enfermaria (quarto coletivo) e apartamento (quarto privativo).

<sup>57</sup> Co-participação: é a participação financeira na despesa assistencial a ser paga pelo usuário diretamente à Operadora, tornando-se uma alternativa para auxiliar no equilíbrio contratual. A co-participação pode ser de 20%, 30% ou 50% no custo de consultas médicas, exames e procedimentos de diagnose, fisioterapias e acupuntura, limitados a um valor máximo de pagamento por serviço realizado.

<sup>58</sup> Para os contratos contratados a partir de 1º de janeiro de 2004, está vigente o estatuto do idoso no país, quando foram estabelecidas pela ANS 10 faixas etárias, não podendo haver mudança de faixa após 59 anos. Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições: I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária; II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas

<sup>59</sup> São aquelas que o usuário tem conhecimento no momento de sua inclusão no plano.



**Figura 12: Declaração de saúde do cliente ao contratar um plano de saúde**

Fonte: extraído de documentos internos do ambiente de trabalho do pesquisador.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a suspensão da cobertura pelo prazo de 24 meses de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade (definidos pela lei) e leitos de alta tecnologia relacionados diretamente a doença e/ou lesão preexistentes. Agravo é o acréscimo que o usuário irá pagar por mês para ter direito imediato à cobertura completa de doenças e lesões preexistentes, após o cumprimento das carências normais previstas no contrato.

Com relação a reajustes contratuais, há diferenças substanciais entre pessoa física e jurídica. O reajuste de contratos pessoa física são determinados pela ANS levando em conta a média de reajustes nacionais repassados à pessoa jurídica. O reajuste é aplicado na 13ª mensalidade do cliente. O percentual vigente é de 5,76% até junho de 2008, quando será divulgado um novo índice pela ANS para o período de julho/08 a junho/09. Vale ressaltar que 17% da massa total de vidas na saúde suplementar estão vinculados a este tipo de contratação. Já para contratos pessoa jurídica, o reajuste é aplicado na data base contratual, com livre negociação entre as partes, conforme o estabelecido em cláusula específica. Normalmente os contratos são balizados por um índice inflacionário, geralmente o IGPM, e mais a sinistralidade, termo utilizado pelas operadoras de planos de assistência à saúde que corresponde à razão entre as receitas oriundas das mensalidades (incluem as co-participações,

se for o caso) e os custos assistenciais decorrentes da utilização do plano de assistência à saúde por parte dos consumidores. Ou seja, para contratos pessoa jurídica, o reajuste anual é resultado do comportamento econômico-financeiro do contrato e mais o IGPM. Destaca-se que 82% da massa de clientes da saúde suplementar estão vinculados a este tipo de contratação. Desta forma, é oportuno ressaltar que o valor da mensalidade de um plano de saúde coletivo ao longo dos anos não é determinado exclusivamente pela quantidade de vidas, mas será reflexo do comportamento econômico financeiro do contrato. Se custo referente a utilização (que tem de ser repassado pela operadora para a rede credenciada) for superior ao montante disponível de recursos para supri-lo, haverá um percentual de reajuste maior para recompor financeiramente esta relação.

O mercado de saúde suplementar, bem ou mal, encontra-se regulamentado. A obrigatoriedade de cumprimento de um pacote mínimo de benefícios, aliada as garantias financeiras para cobrir suas obrigações e seguir as orientações e fiscalização determinadas pela ANS, concede segurança para o consumidor, mas, ao mesmo tempo, requer das operadoras a organização, diversificação da sua área de atuação e profissionalização de sua gestão. Segundo análise da ANS em seu *website*, as empresas médicas e as cooperativas tornaram-se instituições de caráter financeiro, o que representa uma heresia para o cooperativismo. A ANS admite que à medida que os indivíduos têm melhor conhecimento sobre seu próprio estado de saúde, aliado à possível necessidade de tratamento, aumenta o interesse em contratar um plano de saúde privado. Desta maneira, o risco de adoecer dos usuários que procuram comprar um plano saúde tende a ser mais alto do que o risco médio da população. Com a lei 9.656/98 as operadoras não podem mais criar “classes” de usuários, com graus distintos de serviços de saúde cobertos; além do mais, doenças pré-existentes e outras de custo elevado como câncer e AIDS estão, obrigatoriamente, cobertas, aumentando o custo, seja pelo lado operacional, seja pela necessidade de manter-se uma provisão de capital mais elevada como garantia da continuidade do seu serviço (ANS 3, 2007).

A ANS admite ainda que, caso não haja alguma medida compensatória, o mercado de plano de saúde individual ficará comprometido, concentrando a massa de consumidores em planos coletivos, os quais já representam 82% do universo de assistidos. Reconhece, também, que a capacidade das operadoras ajustarem suas carteiras de clientes é bastante limitada, o que, aliada à ausência de uma ação regulatória para os fornecedores de materiais e medicamentos, tem provocado uma grande turbulência no setor, começando a comprometer a própria eficiência com que os serviços estão sendo prestados, haja vista uma boa parcela do ajuste recair sobre os prestadores (ANS 3, 2007).

## CAPÍTULO 3

### AS COOPERATIVAS UNIMED

Em meados da década de 60, os Institutos previdenciários foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), prometendo a democratização da saúde. Contudo, as más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público de saúde e o aviltamento da remuneração dos honorários médicos abriram espaço para a crescente atuação das empresas de medicina de grupo<sup>60</sup>, que acabaram desencadeando um processo de mercantilização do setor da saúde no Brasil. Foi justamente em reação a esta mercantilização da medicina, que impedia o médico de exercer com liberdade e dignidade sua profissão liberal, e a crescente interferência de terceiros na relação médico/paciente, que surgiu a primeira cooperativa de trabalho médico UNIMED.

O médico Edmundo Castilho, então presidente do Sindicato Médico na Cidade de Santos, em São Paulo, juntamente com 22 médicos, criou a primeira cooperativa médica brasileira na Assembléia geral realizada em 18 de dezembro de 1967. O termo UNIMED advém de União dos Médicos e teve sua ata de fundação inscrita no INCRA em 28 de agosto de 1968. De acordo com Castro (2003), Edmundo Castilho teve o primeiro contato com o cooperativismo por intermédio de outro médico, Alípio Correia Neto, que lhe transmitiu uma experiência realizada em Dallas, nos Estados Unidos, em 1929, destacando que o ponto forte do cooperativismo era a luta contra a intermediação. Posteriormente, Castilho identificou-se com o cooperativismo por meio de leituras de autores considerados – especialmente pelos marxistas – como socialistas utópicos<sup>61</sup> (Robert Owen, Charles Fourier, entre outros) e de outros, que fazem parte de uma tradição vinculada ao pensamento considerado utópico (Thomas More, Jean-Jacques Rousseau).<sup>62</sup>

Cabe destaque a transcrição elaborada por Castro (2003) das palavras de Edmundo Castilho, o qual afirma que foi baseado na experiência de Rochdale que se encontrou

---

<sup>60</sup> Operadoras que não possuem rede própria. Mercantilizam a medicina contratando médicos e remunerando-os inadequadamente de forma a ter um maior retorno (lucro).

<sup>61</sup> Expressão usada especialmente por marxistas para distinguir negativamente os socialistas considerados “não científicos e não dialéticos” do século 19, ou seja, Robert Owen, Charles Fourier e outros, também considerados anarquistas, como Proudhon, etc. Os casos de More e Rousseau não se enquadram diretamente nesta expressão, mas fazem parte de uma tradição de pensamento que abriu caminho para os demais.

<sup>62</sup> Para mais detalhes sobre os chamados socialistas utópicos e a tradição de pensamento utópico, recomenda-se, por exemplo, as obras de Petitfils (1977) e de Woodcock (1983).

filosoficamente. Segundo Castilho, os tecelões do norte da Inglaterra lhe mostraram as respostas, com a doutrina cooperativista, as suas inquietações no campo econômico, político e social. Conclui dizendo que é um cooperativista convicto, por entender que esta doutrina fará as grandes revoluções necessárias para se plasmar um novo ordenamento, calcado em relações humanas despidas de explorações ou exclusões socioeconômicas.

Desta forma, durante a ditadura militar, surge uma cooperativa de trabalho médico com base ética, preocupada com o usuário e sem o objetivo do lucro. Surgia uma nova era na assistência médica brasileira com a livre escolha do médico, do hospital, do laboratório e de outros serviços auxiliares; sem o intermediário no relacionamento médico-paciente; personalizando o médico em seu consultório como local de encontro com o paciente e criando um importante espaço profissional para os médicos mais jovens. (OTTA, 2003).

O cooperativismo médico expandiu-se por todo o Brasil, formando cooperativas singulares, conforme exigência da Lei 5.764/71. O interesse dos médicos pela experiência de Santos cresceu e muito rapidamente diversas outras UNIMEDs foram criadas<sup>63</sup>.

No início da década de 1970 já existiam mais de 60 cooperativas médicas singulares e 3 Federações estaduais, São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Em 1971 constituíram-se em Santa Catarina as três UNIMEDs pioneiras no estado, sediadas em Joinville, Blumenau e Florianópolis. Em 1975 foi criada a UNIMED do Brasil, a qual representa a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, com o objetivo de facilitar a criação e o planejamento de cooperativas médicas em outros estados, unificar a imagem do grupo, o patrimônio industrial e a logomarca. A intenção declarada de Edmundo Castilho era a de tornar a marca UNIMED tão forte e conhecida quanto a Coca-Cola. Alguns anos depois, a UNIMED do Brasil foi responsável pelo desenvolvimento de sistemas informatizados, formulários e produtos padronizados, disseminando-os dentro do Sistema. Em 1982, com a necessidade de uma representação mais abrangente para impulsionar o desenvolvimento do cooperativismo no estado, representantes das três UNIMEDs pioneiras fundaram a Federação Estadual, a qual a partir de 1985 passou a ter uma atuação administrativa efetiva, após firmarem contratos com entidades estaduais.

A estrutura hierárquica do Sistema UNIMED pode ser melhor visualizado pela figura a seguir:

---

<sup>63</sup> Castro (2003) destaca que o marco para divulgação da idéia de cooperativas médicas partiu de uma entrevista com a Dra. Zoé, representante da empresa Sociplan, contratada para implementar a estrutura e processos organizacionais na UNIMED Santos, publicada na revista “Médico Moderno”. Após esta publicação o Dr. Castilho passou a ser procurado por médicos de todo o país.



**Figura 13: Estrutura hierárquica das cooperativas UNIMED**

Fonte: Adaptado pelo autor a partir da obra de Irion (1997).

Em sua estrutura, as cooperativas de primeiro grau são denominadas singulares, com áreas de atuação exclusivas (um ou mais municípios). Os médicos filiam-se às cooperativas singulares, as quais se vinculam às federações que, por sua vez, estão ligadas à UNIMED do Brasil. A função das cooperativas em todos os graus é prestar serviços aos seus associados e disponibilizar trabalho médico. Não existe sistema decisório hierárquico estabelecido entre os diferentes graus. Cada singular é autônoma e independente, nos aspectos jurídico, econômico e administrativo. O atendimento ao cliente de plano de assistência à saúde é realizado na rede UNIMED local. Quando o cliente de uma UNIMED utiliza a rede de outra singular, esta fará a cobrança dos valores equivalentes à prestação do serviço à UNIMED origem, acrescido de uma taxa de intercâmbio. Este intercâmbio de atendimento entre as singulares confere a garantia de cobertura serviços em nível nacional. Todo este processo é regido por manuais e regulamentos que são os instrumentos que orientam as cooperativas quanto à correta realização dos procedimentos de intercâmbio.

O custeio nas cooperativas de saúde é definido em função de sua estrutura administrativa, taxas administrativas, impostos, custos assistenciais, remuneração dos dirigentes, remuneração de colaboradores, despesas operacionais, entre outras. Assim sendo, após deduzir da receita total todas as despesas de custeio e manutenção, calcula-se o valor de

pagamento dos cooperados por meio de sistema pró-rata, proporcional ao trabalho realizado por cada um<sup>64</sup>.

Com o objetivo de complementar os serviços prestados aos médicos cooperados e possibilitar o desenvolvimento das cooperativas, visto que os limites doutrinários e legais limitavam as ações da UNIMED no mercado, no início dos anos 80 iniciou-se uma integração paralela, com a implantação do sistema empresarial e institucional sob controle da UNIMED. De acordo com Irion (1997), o complexo multicooperativo e empresarial UNIMED compreende a reunião de três tipos diferentes de cooperativa: o sistema UNIMED, com cooperativas de trabalho médico; o sistema UNICRED, com cooperativas de economia e crédito mútuo; e as cooperativas USIMED, de consumo. Somando-se a esses três tipos diferentes de cooperativas, complementam o complexo multicooperativo instituições não-cooperativas, tanto com espírito não lucrativo, como outras com objetivos de lucro, das quais destacam-se:

- *Sistema Nacional UNIMED Sociedade Civil Ltda (SNU)*: entidade sem fins lucrativos que originou posteriormente a UNIMED Seguros. Em 1988 deu lugar à *UNIMED PARTICIPAÇÕES S/C LTDA*, cujo capital foi integralizado com recursos e patrimônios das principais cooperativas do sistema. Por exigência da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), a UNIMED Participações passou a ser a controladora e proprietária da maioria das ações da *UNIMED Seguradora*, visto que a Lei obrigava a detentora a ser uma empresa de capital. A *UNIMED Participações* teve papel de destaque nos projetos de implantação dos serviços próprios em diversas cooperativas singulares e foi a semente do complexo empresarial cooperativo UNIMED. Esta organização pesquisa e desenvolve projetos para a captação de recursos financeiros, promove campanhas que visam a adesão de novos associados e participa da elaboração do planejamento estratégico empresarial de controladas e coligadas, prestando assessoria na gestão dos seus negócios;
- *Fundação Centro de Estudos UNIMED (Fundação CEU)*: responsável pela divulgação da doutrina cooperativista, treinamento de dirigentes e funcionários, apoio educacional e cultural, dentre outros. Anos mais tarde passou a ser denominada *FUNDAÇÃO UNIMED*, cujas atribuições, além do destacado para a Fundação CEU, foi a de contribuir para a articulação de ações

---

<sup>64</sup> Extraído de material obtido junto à Federação do Estado de Santa Catarina.

de responsabilidade social, voltadas para a comunidade, alicerçada na doutrina cooperativista.

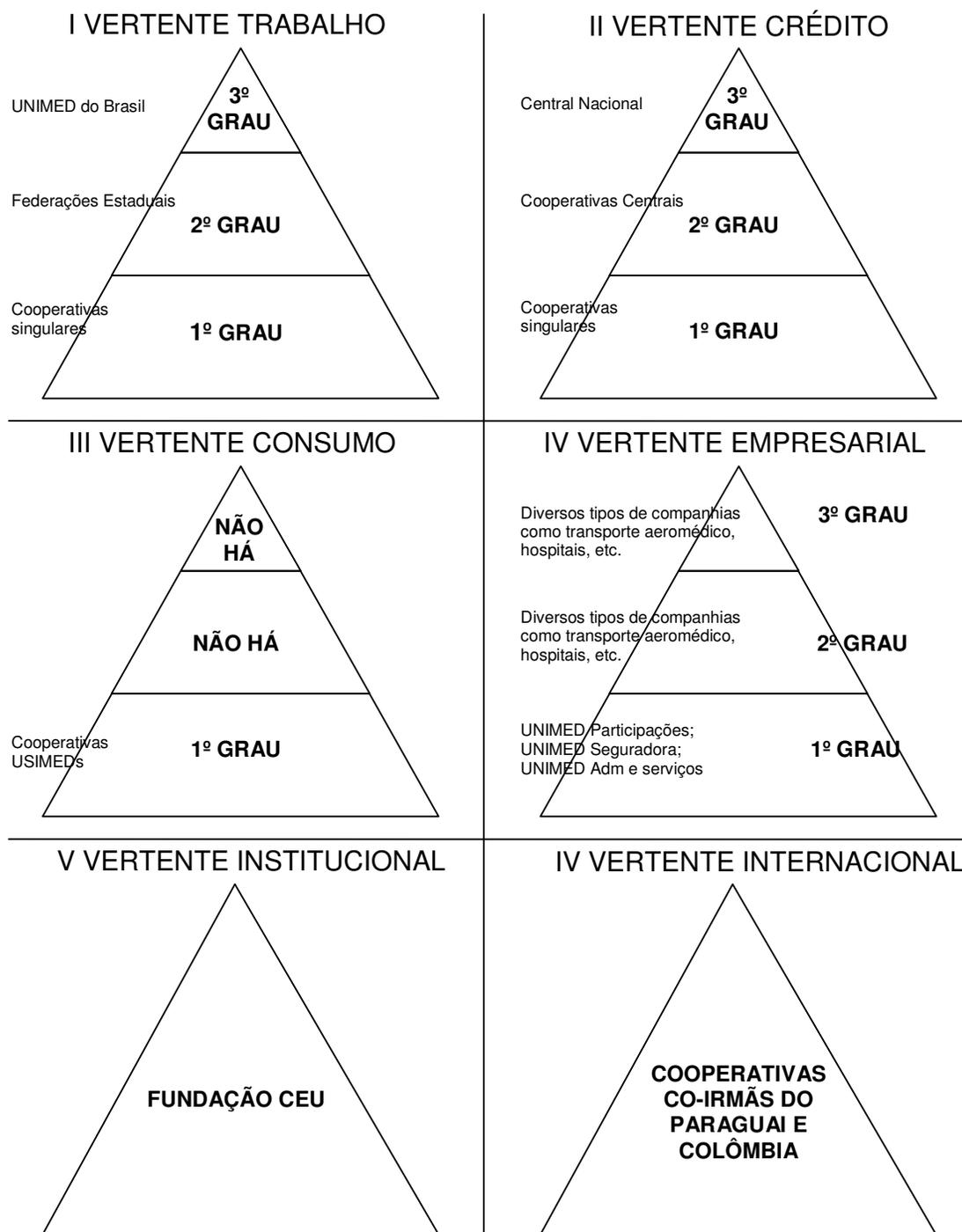
Com a criação da *Universidade UNIMED*, o sistema UNIMED passa a contar com uma universidade corporativa, planejada para proporcionar a adequação profissional dos cooperados e colaboradores às novas e crescentes exigências do mercado. O programa de educação é aplicado por meio de treinamentos em todas as localidades e também através da educação a distância.

Com o objetivo de dispor de estrutura adequada para enfrentar a competitividade do mercado, o sistema estabeleceu o complexo empresarial cooperativo UNIMED, por uma faculdade do art. 88 da Lei n. 5764/71.

Art. 88. Mediante prévia e expressa autorização concedida pelo respectivo órgão executivo federal, consoante as normas e limites instituídos pelo Conselho Nacional de Cooperativismo, poderão as cooperativas participar de sociedades não cooperativas públicas ou privadas, em caráter excepcional, para atendimento de objetivos acessórios ou complementares.

Parágrafo único. As inversões decorrentes dessa participação serão contabilizadas em títulos específicos e seus eventuais resultados positivos levados ao "Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social".

Como forma de possibilitar uma visão sistêmica do complexo UNIMED, Irion (1997) o subdividiu em seis vertentes: trabalho, crédito, consumo, empresarial, institucional e internacional, como procura demonstra a figura a seguir.



**Figura 14: Complexo Empresarial Cooperativo UNIMED**

Fonte: Adaptado pelo autor da obra de Irion (1997).

Hoje o cooperativismo médico, através das cooperativas UNIMED, está presente em mais de 75% do território nacional, com 377 cooperativas singulares. Diferentemente do que informa a ANS, não há pouco mais 11,9 milhões de clientes na saúde suplementar vinculados a cooperativas médicas. Somente o sistema UNIMED contabiliza mais de 14,5 milhões de

clientes assistidos e 73 mil empresas em todo o país. São mais de 106.000 médicos que atendem em 4.125 municípios. Conta com 3.596 hospitais credenciados e 79 hospitais próprios, além de 16 mil prestadores de serviços, com pronto-atendimentos, laboratórios, clínicas e ambulâncias, que garantem qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico. Além de deter praticamente 32% do mercado nacional de planos de assistência à saúde, a UNIMED constitui-se atualmente como uma marca relevante. De acordo com pesquisa nacional do Instituto Datafolha, a UNIMED é pelo 14º ano consecutivo a marca *Top of Mind* quando o assunto é plano de saúde. Outro destaque é o prêmio plano de saúde em que os brasileiros mais confiam, recebido pela quarta vez consecutiva, na pesquisa Marcas de Confiança (UNIMED DO BRASIL, 2007).

Em Santa Catarina são mais de 920 mil clientes assistidos. São 5.045 médicos cooperados, distribuídos em 23 cooperativas que cobrem 100% do território catarinense. Cada singular tem um código de representação e responde por uma abrangência geográfica específica. O sistema em Santa Catarina conta com 9.800 empresas contratantes; mais de 1.580 prestadores de serviço, com 215 hospitais conveniados, 03 hospitais próprios e um faturamento mensal de aproximadamente R\$ 260 milhões.

Assim sendo, em Santa Catarina existe um total de 23 (vinte e três) singulares UNIMED, todas integradas e componentes do Conselho de Administração da Federação, que é legalmente uma Cooperativa de 2o. Grau. São 14 (quatorze) operadoras e 9 (nove) prestadoras; cada uma com um código de identificação e área de abrangência específica, como segue:

<b>Singulares Prestadoras</b>		
<b>UNIMED</b>	<b>Código</b>	<b>Municípios de Abrangência</b>
UNIMED Alto Irani	613	Abelardo Luz, Bom Jesus, Coronel Martins, Coronel Passos Maia, Entre Rios, Faxinal dos Guedes, Ipuacú, Jupiá, Lageado Grande, Marema, Ouro Verde, Ponte Serrada, São Domingos, Vargeão, Xanxerê e Xaxim
UNIMED Canoinhas	611	Bela Vista Toldo, Canoinhas, Major Vieira e Três Barras.
UNIMED Concórdia	627	Arabutã, Arvoredo, Concórdia, Irani, Ipira, Ipumirim, Ita, Jaborá, Lindóia do Sul, Paial, Peritiba, Piratuba, Presidente Castelo Branco, Seara e Xavantina.
UNIMED Curitibaanos	628	Curitibanos, Frei Rogério, Ponte Alta do Norte, Santa Cecília, São Cristóvão do Sul e Timbó Grande.
UNIMED Jaraguá do Sul	634	Corupá, Guarimirim, Jaraguá do Sul, Massaranduba e Schroeder.
UNIMED Rio Mafra	635	Itaiópolis, Mafra, Monte Castelo e Papanduva, Rio Negro, Campo do Tenente, Quitandinha, Pien, Antônio Olinto, Agudos do Sul e Tijucas do Sul.
UNIMED Vale do Araranguá	334	Araranguá, Turvo, Timbé do Sul, São João do Sul, Santa Rosa do Sul, Sombrio, Morro Grande, Passos de Torres, Praia Grande, Maracajá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado e Meleiro.

UNIMED Vale do Iguaçu	618	Bituruna, general Carneiro, Ireneópolis, Paula Freitas, Paulo Frontim, Porto União, Porto Vitória e união da Vitória.
UNIMED Videira	622	Arroio Trinta, Fraiburgo, Ibaim, Iomerê, Pinheiro Preto, Salto Veloso, tangará e Videira.
<b>Singulares operadoras</b>		
<b>UNIMED</b>	<b>Código</b>	<b>Municípios de Abrangência</b>
UNIMED Alto Vale	300	Agrolândia, Agronômica, Atalanta, Aurora, Braço do Trombudo, Chapadão do Lageado, Dona Emma, Ibirama, Imbuia, Ituporanga, José Boiteux, Laurentino, Lontras, Mirim Doce, Petrolândia, Pouso Redondo, Presidente Getúlio, Presidente Nereu, Rio do Campo, Rio do Oeste, Rio do Sul, Salete, Santa Terezinha, Taió, Trombudo Central, Vidal Ramos, Vitor Meireles, Witmarsun.
UNIMED Blumenau	026	Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Dr. Pedrinho, Gaspar, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó.
UNIMED Brusque	331	Botuverá, Brusque e Guabiruba.
UNIMED Caçador	332	Caçador, Calmon, Ipomeia, Lebon Régis, Macieira, Matos Costa, Rio das Antas e Taquara Verde.
UNIMED Chapecó	227	Águas de Chapecó, Águas Frias, Caxambu do Sul, Chapecó, Cordilheira Alta, Coronel Freitas, Cunhataí, Formosa do Sul, Galvão, Guatambu, Irati, Jardinópolis, Modelo, Nova Erechim, Nova Itaberaba, Novo Horizonte, Pinhalzinho, Planalto Alegre, Quilombo, Santiago Sul, São Carlos, São Lourenço do Oeste, Saudades, Serra Alta, Sul Brasil, União do Oeste.
UNIMED Criciúma	198	Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Siderópolis, Treviso e Urussanga.
UNIMED Extremo Oeste	149	Anchieta, Bandeirantes, Barra Bonita, Belmonte, Bom Jesus do Oeste, Caibi, Campo Erê, Cunha Porá, Descanso, Dionísio Cerqueira, Flor do Sertão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Iraceminha, Itapiranga, Maravilha, Mondai, Palma Sola, Palmitos, Paraíso, Princesinha, Riqueza, Romelândia, Saltinho, São Bernardino, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel da Boa Vista, São Miguel do Oeste, Santa Helena, Santa Terezinha do Progresso, Triguinhos e Tunápolis.
UNIMED Florianópolis	025	Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antônio Carlos, Biguaçu, canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São José, São João Batista, São Pedro de Alcântara e Tijucas.
UNIMED Joaçaba	335	Joaçaba, Abdon Batista, água Doce, Brunópolis, Campos Novos, capinzal, Catanduvás, Celso Ramos, Erval Velho, Herval DÓeste, Ibicaré, Lacerdópolis, Luzerna, Monte Carlo, Ouro, Treze Tílias, Vargem, vargem Bonita e Zortéa.
UNIMED Joinville	027	Araquari, Barra do Sul, Garuva, Itapoá, Joinville, são Francisco do Sul e São João do Itaperiú.
UNIMED Lages	220	Anita Garibaldi, Bocaína do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo belo do Sul, Capão Alto, Cerro negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São joaquim, São José do Cerrito, Urubici e Urupema.
UNIMED Litoral	242	Balneário Camboriú, barra Velha, Bombinhas, Camboriú, Itajaí, Itapema, Ilhota, Luiz Alves, Navegantes, Penha, Piçarras e Porto Belo.
UNIMED Planalto Norte	207	Campo Alegre, Rio Negrinho, São Bento do Sul.
UNIMED Tubarão	221	Armazém, Braço do Norte, Capivari de baixo, Grão Pará, Gravatal, Imaruí, Imbituba, Jaguaruna, Laguna, Lauro Muller, Orleans, Pedras Grandes, Rio Fortuna, São Ludgero, Sangão, Santa Rosa de Lima, São Martinho, Treze de Maio e Tubarão.

**Quadro 23: Singulares UNIMED em Santa Catarina**

Fonte: Adaptado pelo autor de materiais obtidos junto à Federação do Estado de Santa Catarina.

No Estado de Santa Catarina, é importante destacar que todas as UNIMEDs são singulares. Entretanto, algumas se tornaram, a partir do ano 2000, singulares prestadoras<sup>65</sup>, criadas com os mesmos objetivos das demais singulares, embora não sejam operadoras de planos de saúde. São responsáveis pela prestação de serviços médicos, mas estão ligadas a uma operadora (que no caso trata-se da Federação de Santa Catarina), que tem registro legal na ANS e, conseqüentemente, formata e comercializa os produtos e serviços. O nome operadora nasceu por determinação legal da Lei 9656/98, que obrigou as empresas que desenvolvem, formatam e comercializam planos de saúde, registrar-se.

---

<sup>65</sup> Estas singulares não suportaram o peso dos encargos e não conseguiriam mais sobreviver independentes com a nova Lei dos planos de saúde (Lei 9.656).

## CAPÍTULO 4

### INTERPRETAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Neste capítulo, para compreensão dos dados primários da pesquisa – obtidos por meio de 10 (dez) entrevistas semi-estruturadas orientadas por um guia de tópicos –, e dos secundários – obtidos por meio de materiais informativos, como jornais, revistas, periódicos, teses e dissertações, publicações e documentos da própria empresa –, optou-se por apresentar todos os pontos abordados na forma de tópicos e distribuí-los de modo a contemplar a resposta a cada um dos objetivos específicos apresentados na introdução geral; além de possibilitar a confrontação das opiniões de cada entrevistado, e relacioná-las às pesquisas bibliográficas e documentais.

Para o processo de análise, é oportuno resgatar o disposto no item 1.2.4., b, que estabelece os seguintes passos: coleta de dados, organização de dados, a verificação da confiabilidade dos dados e análise dos dados. Com a organização das informações, buscou-se a correlação das respostas das entrevistas em cada unidade da UNIMED analisada com todos os documentos e publicações que serviram de referência. Foram destacadas somente as opiniões mais relevantes e representativas dos entrevistados. Cabe ressaltar também que os dados a seguir são interpretados com algumas considerações acerca do paradigma da complexidade (com ênfase na obra de Edgar Morin) e da teoria da delimitação de sistemas sociais (Guerreiro Ramos).

#### *a) Conflitos de interesse, disputas pelo poder e problemas de agência*

Os médicos, ao se vincularem à UNIMED, compartilham um projeto de vida profissional comum; entretanto, as respostas obtidas nas entrevistas confirmam que a eficiência nos serviços e os resultados econômicos são condições de sobrevivência no mercado, seja para a cooperativa ou para os próprios cooperados, equiparando-se as atuações da cooperativa com as de uma sociedade mercantil.

Observam-se nas repostas os três aspectos indicados acima. Conflitos de interesse e disputas pelo poder, já descritos por autores como Junqueira e Trez (2004), Antonialli *et al.* (2003); Pascucci *et al.* (2005); Rodrigues (2005); Rezende e Rezende (2005); Rodrigues

(2006); Ferreira e Braga (2006) como problemas enfrentados pelas cooperativas foram ratificados nas cooperativas UNIMED estudadas. Os entrevistados admitiram que estes problemas existem, não apenas em suas singulares, mas em todo o sistema UNIMED. A maior parte dos entrevistados foi econômica nas respostas, classificando esses itens como fatores de risco para suas cooperativas. Cabe destacar, em caráter de exceção, a argumentação do entrevistado 2y, o qual menciona que conflitos de interesse e disputas pelo poder acontecem como em qualquer organização, mas não representam uma ameaça à UNIMED. São frutos de idéias divergentes, decorrentes do próprio processo democrático, no qual cada um pensa de uma forma diferente. Condiz com a argumentação de Valadares (1998) de que, enquanto os indivíduos têm suas expectativas, os grupos também têm seus interesses próprios, os quais podem ser conflitantes. Tal perspectiva parece convergir com a idéia de Morin (2007), segundo a qual muitas vezes a totalidade social (que pode ser vista aqui como a cooperativa) acaba ignorando, inconscientemente as aspirações individuais desses indivíduos.

Parece haver, por parte de alguns entrevistados, principalmente entre os não cooperados, a tentativa de minimizar a relevância de tais problemas nos seus locais de trabalho, principalmente o que se refere a problemas de agência. O entrevistado 5x admite existirem conflitos de interesse e disputas pelo poder, mas não problemas de agência. O entrevistado 2y é enfático ao afirmar que não há problemas de agência. O entrevistado 4y vai mais além e delimita os possíveis problemas de agência a três singulares no estado, sem identificá-las. Segundo ele, “dos 60 dirigentes que têm o Sistema UNIMED em Santa Catarina, podem existir 3 casos bem definidos em que talvez haja tais características”. Esta abordagem confirma a idéia expressa por Barreiros *et al.* (2005) de que o processo decisório é altamente influenciado pelas pessoas que detêm mais poder na organização, com vistas à obtenção de seus próprios interesses. Isso é uma constatação bastante comum nos estudos organizacionais. Mas especificamente os problemas de agência, mesmo não reconhecidos por alguns entrevistados, podem ser evidenciados entre os outros, distantes da direção formal da cooperativa, quando admitem – em um exemplo hipotético –, a possibilidade de um cooperado financiar a compra de um tomógrafo com a solicitação exagerada de tomografias<sup>66</sup>. Por meio da transferência da responsabilidade de administrar para representantes escolhidos entre os demais (conselho de administração) fica claro que há um conflito de agência. No caso específico da UNIMED, volta-se à advertência de Treter e Kelm (2005), de que, quanto mais

---

<sup>66</sup> Outro exemplo a ser destacado é a possibilidade de cooperados, com uma compreensão parcial das opções apresentadas pelo Conselho de Administração, participarem da decisão na mesma proporção que um cooperado em melhores condições, como fora apresentado por Bialoskorski Neto (2002).

profissionalizada a gestão, no sentido de aplicação unilateral da razão instrumental, maiores as potencialidades de conflitos. O entrevistado 4x confirma que interesses capitalistas individuais se sobrepõem ao coletivo, fruto dessa racionalidade instrumental, centrada no mercado, como apresentada por Guerreiro Ramos (1981).

*b) Baixa participação dos cooperados*

A baixa participação dos cooperados, seja no dia-a-dia da cooperativa ou em assembleias, é de grande evidência nas cooperativas UNIMED analisadas. Este problema, mencionado por autores como Piccini *et al.* (2003); Antonialli *et al.* (2003); Sousa e Sette (2004); Junqueira e Trez (2004); Rodrigues (2005); Rezende e Rezende (2005); Silva *et al.* (2006); Pinto *et al.* (2006); é muito evidenciado, principalmente na UNIMED x. A resposta do entrevistado 3x, admitindo que realmente haja uma baixa participação, e justificando-a com o fraco interesse na participação nas esferas de decisão formal, reforça o que fora destacado anteriormente por Rodrigues (2006). O entrevistado 2y ratifica esse entendimento, admitindo que realmente a maioria dos cooperados não se envolve, a não ser quando a cooperativa oferece sobras ou resultados negativos. Ele culpa os cooperados, criticando o seu desinteresse. Esta perspectiva parece contrariar a visão de Valadares (1998), de que a gestão democrática da cooperativa requer uma maior participação dos cooperados nos processos decisórios. Mas o que temos, aqui, são pontos de vista complementares, ambos defendendo a democracia interna, embora o entrevistado atribua a ausência desta unilateralmente aos cooperados. O entrevistado 5x credita a falta de participação a dois vieses: o cooperado não participa porque não lhe são dadas condições, o que aumenta o poder de quem está na liderança; ou não participa por acomodação, o que também aumenta o poder das lideranças. Afirma que ambas as situações ocorrem, de modo geral no Sistema UNIMED Estadual, e ressalta que essa baixa participação pode levar a outros problemas, como a centralização e às ações individuais. Neste momento, seria oportuna a identificação dos cooperados que apresentem uma baixa participação de forma a verificar seus aspectos motivacionais, abordando-o como um ser humano multidimensional, capaz de ordenar sua vida em conformidade com sua psique. Este ponto pode ser melhor aprofundado em estudo futuro voltado especificamente a este aspecto.

c) *Individualismo, centralização e falta de comprometimento*

Os três aspectos acima descritos foram identificados nas duas UNIMED analisadas, assim como haviam sido identificados por Antonialli *et al.* (2003); Piccini *et al.* (2003); Roquete e Oliveira (2004); Treter e Kelm (2005); Rodrigues (2005); Barreiros *et al.* (2005); Paz e Froemming (2006); Pascucci *et al.* (2006), dentre outros.

Quanto ao individualismo, o filósofo Fernando Savater (2000) chama a atenção para as interpretações francamente positivas ou negativas deste termo. Sustenta que somente o indivíduo autônomo poder ser realmente solidário, pois só ele pode escolher entre sê-lo e não sê-lo (SAVATER, 2000, p. 296). De acordo com Deeke *et al.* (2007), a autonomia individual não deveria, portanto, ser confundida com individualismo egoísta, irresponsável. Embora a cooperativa dependa das decisões das assembleias e aprovações de seus conselhos de administração e ética, é a iniciativa individual, autônoma, que, em muitas circunstâncias, poderá evitar a inércia operacional da cooperativa. Isto fica evidenciado na resposta do entrevistado 3y, que indica que a própria gestão democrática faz com que, às vezes, o processo decisório seja moroso ao ponto de levar a um individualismo nas ações<sup>67</sup>. O entrevistado 3x, por sua vez, argumenta que o individualismo pode trazer problemas para o sistema UNIMED, haja vista decisões relativas a certas especialidades médicas serem tomadas por médicos que não são especialistas na área. Podemos inferir aqui que tal situação seja compreensível pela abordagem da complexidade, pois a tomada de decisão nem sempre são racionais por parte dos diretores, face à carência de informações, o que os remete a recorrer as suas visões de mundo (ETKIN, 2003). Neste ponto, cabe menção a Savater (2000), segundo o qual, sob o ponto de vista ético, o individualismo requer a entronização moral da autonomia e da responsabilidade do sujeito, acima de sua relação a um grupo, sua fidelidade a ele ou face sua posição contrária à unanimidade. Entretanto, o entrevistado 3x expõe que pode haver uma falta de comprometimento do médico para com sua cooperativa e para com o sistema UNIMED. O entrevistado 4x converge com este ponto de vista, procurando justificar essa falta de comprometimento como sinal do predomínio do interesse capitalista individual sobre o interesse coletivo e social.

---

<sup>67</sup> Se a gestão democrática não respeitar e incentivar a capacidade de iniciativa autônoma, no cumprimento dos objetivos definidos em assembleia, ou no conselho de administração e ética, tal gestão só poderá tornar mais grave os dilemas do cooperativismo, pois dissociaria e tornaria opostos os valores de liberdade (autonomia) e responsabilidade.

A questão da centralização foi melhor contextualizada pelo entrevistado 5x, o qual indica que, em sua maioria, as UNIMEDs estão muito profissionalizadas, mas ainda muito centradas na figura do médico-diretor. Segundo o entrevistado, ainda é pouco admissível no sistema UNIMED a figura do gestor profissional, com raras exceções em Santa Catarina, em que diretores são contratados, além dos médicos eleitos. De acordo com ele, o modelo UNIMED tem de se aproximar mais do modelo mercantil neste aspecto.

*d) Comunicação ineficaz*

A comunicação precária entre os cooperados, assim como a falta de transparência da cooperativa, citados nos artigos analisados por Piccini *et al.* (2003); Neto e Neujahr (2003); Roquete e Oliveira (2004); Junqueira e trez (2004); Barreiros *et al.* (2005); Rodrigues (2006), dentre outros, foram ratificados pelos entrevistados. Rangel (2006) também apontou essa percepção por parte dos cooperados de uma cooperativa médica catarinense. De acordo com o entrevistado 2x, a comunicação precária é o maior problema da cooperativa, mas ressalta que não é por falta de boa vontade das diretorias. Segundo ele, as informações estão à disposição dos cooperados, mas estes não buscam informação. E continua: “exemplos nós temos de cooperados que rasgam correspondências recebidas de sua cooperativa sem ao menos lê-las”.

A tentativa de aproximação, neste aspecto, é evidente para todos os entrevistados, com a transparência considerada adequada, mas a resposta é negativa de forma geral. A única ressalva foi o entrevistado 3x, o qual se referiu à comunicação entre os cooperados como adequada. Mas revela, em seu entendimento, uma dificuldade de comunicar-se com a direção de sua cooperativa. É importante destacar que este entrevistado é integrante do sistema UNIMED há pouco mais de 1 (um) ano. Já o entrevistado 4y enfatiza que existe pouca vontade dos cooperados em conhecer sua cooperativa ou ter acesso às informações, as quais estão disponíveis.

O entrevistado 5x indica que: “em se tratando de cooperativismo, Santa Catarina é 100 km à frente de vários outros estados”. É um centro modelo em processo democrático; mas admite que o processo de comunicação apresenta falhas. Segundo este entrevistado, a transparência da direção da cooperativa diante dos cooperados é ineficaz, pois tudo está ligado à questão da participação. Como o cooperado participa pouco, por mais que as informações estejam disponíveis a comunicação permanece pouco efetiva. A mesma percepção demonstra o entrevistado 4y, o qual indica haver um desinteresse muito grande, o

que, segundo ele, justifica a baixa participação. Retoma-se, assim, a necessidade de um estudo mais avançado sobre aspectos motivacionais dos cooperados, considerando-se a multidimensionalidade da natureza humana (GUERREIRO RAMOS, 1981).

*e) Distanciamento entre diretoria e demais cooperados*

Neste ponto, parece oportuno introduzir a idéia geral de Gareth Morgan (1986). A metáfora da política tratada pelo autor no capítulo 6 do livro: imagens da organização; implica dizer que as organizações são vistas como sistemas políticos e têm em conta suas particularidades de formação e exercício do poder e suas escolhas são políticas, que resultam de uma relação entre interesses, conflitos de interesses e a prática do poder como opção de solução desses conflitos.

Perius (2001) indica que as sociedades cooperativas são revestidas tradicionalmente pela natureza civil sem o abandono das peculiaridades próprias das empresas. De certa forma essa argumentação foi comprovada nas duas UNIMED analisadas; mas observaram-se na pesquisa algumas diferenças. Em concordância com as características de isonomia, indicadas por Guerreiro Ramos (1981), não há diferenciação significativa entre dirigentes eleitos e os demais cooperados. A delegação de poder é de baixo para cima, diferente de uma empresa convencional. No entanto, características como liderança, negociação e qualificação da pessoa a ser escolhida para cargos de direção são relevantes, como em qualquer empresa mercantil.

O crescimento da cooperativa é indicado como gerador de possíveis distanciamentos entre diretorias e demais cooperados, o que confirma idéia de Guerreiro Ramos em: a nova ciência das organizações (1981). Assim como indicado por autores como Junqueira e Trez (2004); Roquete e Oliveira (2004); Serva e Andion (2004); Silvia e Fleig (2005); Cançado (2005); Rodrigues (2006); Irigaray e Pinto (2006); Silva *et.al.* (2006), o entrevistado 5x credita ao crescimento o fato de a gestão se aproximar do modelo mercantil. Segundo o entrevistado, à medida que a cooperativa cresce e se profissionaliza, mais ocorre o distanciamento entre diretoria e cooperado. Opinião similar é apresentada pelo entrevistado 3x, que ratifica o entendimento de que o crescimento da cooperativa aproxima a gestão das formas mercantis e distancia a diretoria dos cooperados.

Isto nos remete novamente ao argumento de Etkin (2003) que, observando a existência nas organizações de fenômenos de ordem e desordem, de racionalidade e irracionalidade, defende a abordagem da complexidade. Por outras palavras, como os diretores não agem sempre com racionalidade em virtude da falta de informações, ou do condicionamento das

informações pelas instituições e pela cultura das organizações – suas atitudes são discutíveis e discutidas por diversos grupos internos e externos que se relacionam com a organização.

*f) Princípios cooperativistas*

Os princípios caracterizam a filosofia cooperativista e devem nortear a gestão das organizações, mas Machado e Leite (2002) demonstram que a aplicação integral dos princípios cooperativos é um desafio permanente para as cooperativas. Os autores chegam a sugerir a alteração da Lei nº 5.764/71, sob o argumento de que os princípios acabam por se tornar uma desvantagem competitiva para as cooperativas. A aplicação integral dos princípios é um dilema evidenciado nas duas UNIMED analisadas, mas não chegam a ser um problema. O entrevistado 4x argumenta que “os princípios são fomentados em parte pelas singulares, pois foram preteridos em face da pressão do modelo capitalista”. No entanto, ao contrário de Machado e Leite, para este entrevistado os “princípios não podem ser vistos como desvantagem competitiva, pois representam os pilares éticos de uma construção sólida”. A argumentação acaba não sendo coerente com o ponto de vista da complexidade. Parece haver, por parte do entrevistado, o consenso em torno da doutrina cooperativista, por um lado, e, por outro, o consenso bastante vago em torno da noção de “vantagem competitiva”. O entrevistado 2y indica que “os princípios não podem se tornar uma desvantagem por serem princípios de convivência”. Destaca-se a resposta do entrevistado 5x, cuja percepção é a de que “os princípios não podem ser vistos como desvantagem, pois em sua maior parte valem da porta para dentro”, em uma relação de causa e efeito que não parece se sustentar logicamente. Segundo este entrevistado, no primeiro momento o mercado não está preocupado com os princípios e cita um exemplo: “você tem a AMIL, que tem um nome forte no mercado e a UNIMED. O plano da AMIL custa R\$ 80,00 e o da UNIMED R\$ 100,00. O cliente não compra o plano da UNIMED, que é mais caro, levando em consideração os princípios cooperativistas, ele compra o plano da AMIL pela qualidade e menor preço”.

Apesar de muitos autores destacarem a falta de valorização dos princípios pelas cooperativas, como por exemplo, Bressan *et al.* (2003); Dalfior (2003); Estivalet *et al.* (2005); Pascucci *et al.* (2005); Rodrigues (2005); Barreiros *et al.* (2005); Pereira e Pedrozo (2005); Rodrigues (2006); Silva (2006); Paz e Froemming (2006); Pinto *et al.* (2006), as respostas obtidas junto aos entrevistados contrariam tal perspectiva, tanto nas duas UNIMED analisadas quanto, de modo geral, no sistema UNIMED estadual. A resposta do entrevistado 2y exemplifica isto: “os princípios cooperativistas são uma preocupação do sistema como um

todo”. Para o entrevistado 5x, todos os princípios são valorizados no sistema UNIMED, mas uns são mais do que outros, como, por exemplo, adesão livre, gestão democrática, interesse pela comunidade e a intercooperação. Segundo este entrevistado, o princípio da adesão livre é respeitado por conveniência, pois para a sua aplicação é preciso um regimento somente para isso. Ele afirma que

[...] a cada dia se cria mais critérios de ingresso de forma a evitar que entre “qualquer” cooperado, pois, uma vez dentro da cooperativa, para tirá-lo é muito difícil”. [...] a gestão democrática preserva as reuniões, as assembleias; já o interesse pela comunidade remete a responsabilidade social, que é muito forte no sistema UNIMED; e, se não houvesse a intercooperação não haveria o intercâmbio, que é a base do sistema.

A única exceção de resposta obtida ficou a cargo do entrevistado 5y, o qual expôs que sua cooperativa não está correspondendo aos princípios para os quais ela foi criada, pois a remuneração é, segundo ele, inadequada. Ele argumenta dizendo que hoje é preciso trabalhar muito mais para se obter um retorno financeiro idêntico ao de anos atrás.

Os princípios cooperativistas são compreensíveis sob o ponto de vista da complexidade, haja vista as relações todo-partes existentes. Se analisarmos cada cooperativa, verificamos que não são constituídas de partes, mas sim de interações entre unidades complexas, a qual exprime o conjunto das relações, ações e retroações que se efetuam e se tecem em um sistema, que exprime o complexo das relações entre o todo e as partes.

*g) Pressões do mercado e predomínio da lógica mercantil*

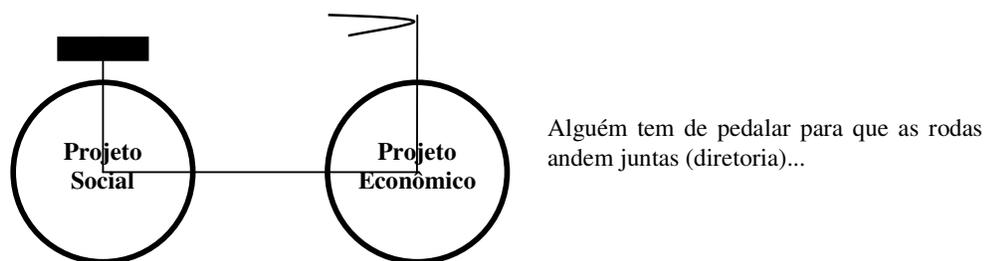
As pressões do mercado capitalista e o predomínio da lógica mercantil, destacadas por autores como Bressan *et al.* (2003); Dalfior (2003); Estivalete e Lobler (2003); Jeronimo *et al.* (2004); Sausem *et al.* (2004); Sapovicis e Souza (2004); Damke e Pereira (2004); Pascucci *et al.* (2005); Barreiros *et al.* (2005); Pereira e Pedrozo (2005); Rodrigues (2006); Irigaray e Pinto (2006); Silva *et al.* (2006); Silva (2006); Paz e Froemming (2006); Andion e Serva (2006), dentre outros, foram ratificadas nas UNIMED analisadas. As respostas confirmaram a atividade no sentido empresarial das cooperativas, com relação a metas para seus produtos e serviços, atuação comercial e mercadológica, o que exprime um risco se for visto somente pelo paradigma disjuntor-redutor, no qual as exigências por melhores resultados pode colocar em crise a própria organização (ETKIN, 2003).

É oportuno resgatarmos o entendimento de Valadares (1998), no sentido de reconhecer a dupla natureza da cooperativa, visto que, enquanto associação, agrupa pessoas com interesses semelhantes, mas deve criar uma unidade econômica para que possa produzir bens ou serviços por parte dos cooperados. Padula (2006) enquadra o cooperativismo brasileiro como cooperativa-empresa na economia de mercado, desde a década de 70, durante o regime militar, quando o cooperativismo deixa de ser idealista, na busca de vinculação da atividade humana solidária com a racionalidade empresarial. Para Perius (2001), as sociedades cooperativas são revestidas tradicionalmente de natureza civil sem o abandono das peculiaridades próprias empresariais, havendo uma permanente contradição entre o social e o econômico, o que é compreensível pelo paradigma paraeconômico de Guerreiro Ramos (1981), visto que o mercado é reconhecido como um dos enclaves necessários.

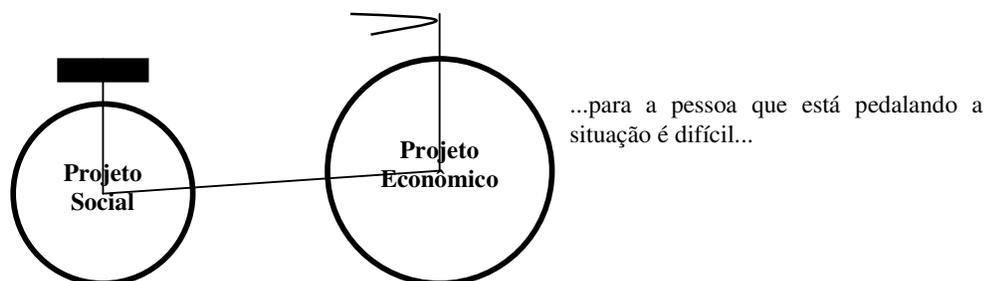
De acordo com o entrevistado 5x, as pressões do mercado não devem ser vistas como problemas, pois “à medida que a cooperativa cresce, estas pressões tendem a aumentar, mas aumenta também as demandas sociais”. O entrevistado utiliza uma analogia para elucidar este entendimento, ilustrada pela figura abaixo.

---

As cooperativas podem ser representadas por duas rodas de bicicleta do mesmo tamanho. Uma representa o projeto social e outra o projeto econômico.



...à medida que a cooperativa cresce, quanto maior a carga de negócio, maior terá de ser sua profissionalização para o mercado, o que resulta na tendência de aumento da roda econômica...




---

**Figura 15: A dupla natureza da cooperativa**

Fonte: Adaptado pelo autor da resposta do entrevistado 5x.

Segundo o entrevistado 5x, é o foco da cooperativa que deve ser determinado: “o foco das cooperativas UNIMED hoje é botar o serviço de seu cooperado no mercado com o melhor preço”; por isso as UNIMED estão focando em recursos próprios, para reduzir custos e melhor remunerar o médico. O entrevistado aponta o exemplo da cooperativa Aurora<sup>68</sup>. Segundo ele

no passado ela pegava o produto do cooperado, beneficiava, comercializava, e, além disso, tinha postos de combustível, médico conveniado, veterinário; hoje está usando o modelo alemão de cooperativas, que é o modelo “racional”. O grande negócio da Aurora é pegar o produto do cooperado, viabilizar sua produção, colocá-lo no mercado da melhor forma de remunerá-lo bem; as demais coisas ele é que vá buscar onde quiser. [...] as UNIMED chegaram a se “meter” nessas coisas, criando, por exemplo, as USIMEDs, por isso investem em recursos próprios, para melhor remunerar o médico.

Ainda de acordo com o entrevistado 5x, hoje não existe mais espaço para uma cooperativa que use somente o lado romântico do cooperativismo. Para ele, “este espaço hoje existe, mas é da porta para dentro e deve ser preservado. Da porta para fora é o mercado e a concorrência está aí todos os dias”.

As cooperativas precisam, como propõem Hunger e Whellen (2002), definir estratégias capazes de manter a competitividade e criar uma posição defensável frente aos concorrentes, como qualquer empresa mercantil. Bialoskorsky Neto (2002) ratifica que o mercado e a visão cooperativista, dimensões em que as cooperativas se defrontam, podem se tornar conflitantes. Para o entrevistado 2y “as pressões do mercado constituem um risco natural” e aponta um exemplo: “se vier uma AMIL para cá, e houver uma consciência dos cooperados para vir a prestar serviços para ela com uma remuneração justa, ok. Mas não por uma remuneração menor do que pagamos”. Entretanto, há que se observar que quanto maior o caráter econômico

#### *h) Múltipla identidade do cooperado*

Retoma-se aqui o fato de que, ao se tornarem cooperados, os membros passam a dispor de uma dupla relação com a cooperativa (RODRIGUES, 2005). Assim, o contexto organizacional se torna fonte de recursos e informações externas à organização, decorrentes

---

<sup>68</sup> A Cooperativa Central Oeste Catarinense Aurora é um dos maiores conglomerados industriais do Brasil e referência mundial na tecnologia de processamento de carnes.

de pressões sociais e coletivas que podem influenciar a racionalidade instrumental e a otimização dos resultados por parte de seus dirigentes (PASCUCCI *et al.*, 2006). Pedrozo (2005) argumenta que, além das pressões sociais e coletivas, também os condicionantes culturais podem influenciar o comportamento humano significativamente. Pascucci *et al.* (2005) destacam que a organização cooperativa necessita criar condições para acompanhar o mercado de forma a permanecer atuante, o que condiciona os dirigentes a assumir novas condutas que contribuam para sua adequação ao ambiente competitivo. Barreiros *et al.* (2005) destacam o relacionamento ambíguo dos cooperados, por serem, ao mesmo tempo, clientes, fornecedores e proprietários. Sob a ótica de Morin (2007), este relacionamento ambíguo se torna compreensível, uma vez que o reconhecimento da complexidade tende para o conhecimento multidimensional do ser humano, com o intuito de conceber articulações de forma a respeitar suas diversas dimensões.

Esta ambigüidade é essencial ao próprio conceito de cooperativa, para que as pessoas, que se associam, exerçam, simultaneamente, em relação a ela, o papel de “sócio” e “usuário”. De acordo com Franke (1973), é o que, em direito cooperativo, exprime-se pelo nome de “princípio de dupla qualidade”. Nas duas UNIMED analisadas é reconhecido este dilema. Todos os entrevistados vêem a múltipla identidade do cooperado como fonte de possíveis problemas, mas a grande maioria compreende que, ao mesmo tempo, pode ser uma vantagem, como indicam os entrevistados 3x, 5x, 2y, 3y e 4y. De acordo com o entrevistado 3y, às vezes cooperados entram na justiça para requerer coberturas de procedimentos oferecidos por sua clínica que não tem amparo legal, o que representa um problema. Segundo ele, “Ouve-se muito no sistema que o usuário entrou na justiça por orientação do próprio cooperado”. Já para o entrevistado 5x é um “conflito eterno” de identidade que o cooperado vivencia:

no momento em que ele é usuário quer pagar o menor preço. Quando está no consultório quer que o cliente pague o maior preço. O ideal é sempre ter um comportamento padrão para todas as situações; este conflito somente pode ser minimizado pelo processo de educação e conscientização.

Neste sentido, o entrevistado 2y vê a múltipla identidade como salutar, pois “possibilita ao cooperado pensar o quanto a cooperativa vai lhe trazer de retorno”. O entrevistado 5x prossegue expondo que “lidar com o ser humano é isto, uns são mais empreendedores, empresários que só vêem o lado econômico; outros já são mais românticos e vêem mais o lado cooperativista”. Já o entrevistado 4y conclui que essa múltipla identidade é, na realidade, o cerne do cooperativismo.

*i) Baixa qualificação do corpo funcional e a informatização*

A baixa qualificação do corpo funcional, destacada por inúmeros autores e comprovada na pesquisa quantitativa junto às cooperativas associadas à OCESC (DEEKE *et al*, 2007) não foi evidenciada nas cooperativas “x” e “y”. Entretanto, o entrevistado 3y reconhece que possa haver este problema nas pequenas prestadoras do estado. Segundo o entrevistado, nessas prestadoras, as pessoas com mais tempo de serviço sobem na hierarquia sem conhecer o sistema cooperativo e como funcionam as UNIMED, o que pode ser um problema. Cabe ressaltar, ainda, que à medida que a organização cresce e torna complexos seus processos, passa a demandar trabalhadores mais qualificados, os quais, ao ingressarem na cooperativa, não dispõem, necessariamente, da ótica cooperativista. Para o entrevistado 2x o problema da baixa qualificação não ocorre, inclusive devido à pressão do mercado. Segundo ele as UNIMED a cada dia investem mais na qualificação, capacitação, orientação, não só dos colaboradores, mas também dos cooperados. Opinião semelhante pode ser verificada com o entrevistado 2y, o qual argumenta que “a baixa qualificação não se aplica ao sistema UNIMED. Na nossa singular hoje só se contrata com qualificação. Hoje a qualificação é requisito necessário”.

Entretanto, a informatização é vista pela maioria dos entrevistados como um problema. O entrevistado 4y classifica a informática, tanto em sua singular quanto no sistema estadual, como uma “doença UNIMEDiana”, na qual não se consegue evitar problemas com sistemas de gestão face ao crescimento desordenado das cooperativas. O entrevistado, como forma de elucidar seu posicionamento, apresenta um exemplo:

com o crescimento da singular, o funcionário se torna gerente, mas recebe ordens de quem não tem conhecimento do assunto. Hoje, “botar a casa em ordem” é difícil porque isto não é visto como prioridade. Os gerentes e diretores de tecnologia da informação (TI) são especializados, mas não tem visão gerencial, o que complica a gestão. Assim, nos sistemas simples não temos acesso, mas nos sistemas complexos podemos acessar.

Para o entrevistado 5x, apesar de em Santa Catarina as singulares investirem bastante em qualificação, falta um sistema único de informatização, para todo o estado, para evitar gastos e tornar a comunicação mais eficiente. Este entrevistado acrescenta que o aspecto político do sistema está bem avançado em Santa Catarina, pois as cooperativas estão bem entrosadas, mas tecnicamente cada uma delas tem suas limitações – o que dificulta uma gestão integrada. Neste aspecto, na opinião do entrevistado 4x, a integração das cooperativas

UNIMED tem muito a evoluir, mas reconhece que o sistema melhorou muito nos últimos anos. Ele sugere reuniões sistemáticas entre Diretorias e gerências das singulares, assim como a criação de Comitês como instrumentos para uma maior integração.

De acordo com o entrevistado 5x, se uma singular quebrar o fato repercutirá negativamente em todo o sistema. Como exemplo, coloca o plano SC Saúde, do governo do Estado, para o qual “todas as 23 UNIMEDs estão bancando o resultado deficitário que apresenta o plano”. Para o entrevistado, isto é um fenômeno que está ocorrendo em todo o Brasil e as 23 singulares “vão ter de se sacrificar para bancar uma conta que não é da Federação”. Essa idéia converge com o conceito de sistema de Agostinho (2003), para o qual este conceito deve ser visto em termos de paradigma da complexidade, em que uma série de conceitos interage entre si e constituem a organização do sistema, conforme demonstra a figura 03 apresentada no item 1.1.2 deste trabalho.

#### *j) Legislação*

Nos últimos anos, a legislação vem ganhando cada vez mais evidência no cooperativismo. Parece haver um padrão nas conclusões, tanto dos autores pesquisados (CANÇADO, 2005; IRIGARAY; PINTO, 2006; FERREIRA; BRAGA, 2006; PASCUCCI *et al.*, 2006) quanto por parte dos entrevistados, de que as lacunas existentes na Lei limitam, justamente, a autonomia e a autogestão, características próprias das cooperativas.. Nas duas UNIMED estudadas ficam claras as dificuldades decorrentes da legislação, e, principalmente, pelo advento da Lei 9656/98, que regulamenta o setor da saúde suplementar no país. Para o entrevistado 5x, a Lei 5764 (que rege o cooperativismo) continua válida para o ramo da saúde, mas a Lei 9656 (que regulamenta a saúde suplementar) “gera alguns conflitos ao determinar como você deve oferecer os serviços”. Ainda para o entrevistado 5x, a Lei 5764 está ultrapassada, precisa ser ajustada, foi criada na época da ditadura.

É oportuno registrar que, além da falta de uma regulamentação do texto Constitucional, a legislação permanece produzindo vieses às cooperativas, como, por exemplo, a promulgação da Lei n°. 9532/97, que diz respeito ao funcionamento e tributação das cooperativas. Ainda que a Constituição Federal tenha determinado um tratamento tributário adequado ao ato cooperativo<sup>69</sup>, praticado pelas sociedades cooperativas, falta uma

---

<sup>69</sup> O artigo 79 da Lei 5764 procura definir “atos cooperativos” como os praticados entre as cooperativas e seus associados, entre estes e aquelas e pelas cooperativas entre si quando associados, para a consecução dos objetivos sociais.

legislação que estabeleça com clareza os casos e critérios para sua incidência. De acordo com Perius (2001), em decorrência disso, o fisco não tem demonstrado a sensibilidade e muito menos o interesse necessário para compreender as empresas cooperativas, tributando-as como empresas mercantis. O entrevistado 1y, nesse sentido, argumenta que a questão tributária é uma dúvida nas cooperativas. Discute-se o que é devido e o que não é. O entrevistado questiona: “o que é ato cooperativo? É um ponto que hoje é uma das maiores dificuldades da UNIMED”. O entrevistado 5x concorda que o ato cooperativo e a questão tributária são os principais pleitos do sistema UNIMED.

Há quase 20 anos, o sistema cooperativo tenta, sem sucesso, reformar a Lei do cooperativismo. Alguns projetos surgem como compromissos de fomento do cooperativismo, como a promessa do Governador de Santa Catarina de que, ainda no primeiro semestre de 2008, deverá ser deliberada pela Assembléia Legislativa de SC a lei cooperativista estadual. Na esfera federal, a isenção tributária de cooperativas pode ser regulamentada com o Projeto de Lei Complementar 62/07, de autoria do deputado Leonardo Quintão (MG). Não obstante, o Projeto de Lei do ato cooperativo foi apresentado na Câmara pelo deputado federal Odacir Zonta, presidente da Frente Parlamentar do Cooperativismo. Este projeto dispõe sobre o adequado tratamento tributário ao ato cooperativo e recebeu o número 198/2007, conforme informações do Boletim OCESEC 1245 e 1255.

Na atual legislatura, de acordo com o entrevistado 1x, o assunto volta à pauta do Congresso Nacional, mas “disputas políticas e ideológicas ameaçam, mais uma vez, o avanço do debate”. Segundo este entrevistado

um fogo cruzado opõe a doutrina defendida pela OCB, a qual é contemplada no Projeto de Lei do senador Osmar Dias (PDT-PR), e a ala da economia solidária do governo federal, que reclama espaço para instituições contrárias ao atual sistema de representação.

Um dos pontos polêmicos do Projeto de Lei de Odacir Zonta é a unicidade de representação. Na opinião do entrevistado 1x talvez seja o principal ponto da discussão. Segundo ele,

as entidades que estão sendo criadas, que ganham espaço nos diálogos com o governo do presidente Lula, não admitem que a OCB seja o órgão único de registro e de representação e requerem liberdade. A opinião da OCB é pela manutenção da unicidade, mas com representação política diferente.

Por fim, outro ponto que está em debate na nova legislação do cooperativismo é a ampliação do conceito de ato cooperativo. De acordo com o entrevistado 1y “busca-se um

conceito mais moderno, mais abrangente, que não restrinja as atividades praticadas com a cooperativa e seus cooperados, nem as atividades praticadas entre a cooperativa e terceiros”. É consenso entre todos os entrevistados de que a falta de definição clara do ato cooperado é, hoje, talvez, o principal problema. Para o entrevistado 5x uma das dificuldades da definição de ato cooperativo é a segmentação do cooperativismo em múltiplos ramos. Para o entrevistado, “se conseguissem definir ato cooperativo se resolveria grande parte da questão tributária. A definição de ato cooperativo já existe no Sistema, resta apenas ser aprovado no Congresso”.

Para o entrevistado 1y até hoje não estas questões não foram votadas porque há divergências técnicas e principalmente política. Ele cita um exemplo:

tem um advogado de um sindicato que se opõe à visão do comitê jurídico do Sistema UNIMED. Enquanto a UNIMED sustenta um conceito mais amplo para o ato cooperativo, alguns sindicatos sustentam um conceito mais restrito, o que não beneficia a UNIMED.

Existem inúmeros projetos de lei em tramitação no Congresso, dos quais o entrevistado 1x cita alguns de relevância para o Sistema UNIMED:

- o Projeto de Lei nº 6.142/2005, que amplia o conceito de ato cooperativo;
- o PL nº 183/2001, que possui como ementa a alteração da lista de serviços anexa à Lei Complementar nº 116/03 e estabelece uma adequada base de cálculo do ISS para as operadoras de planos de saúde. Este PL foi aprovado na CCJC em 06.12.05 e está aguardando aprovação do plenário;
- o PL nº 128/2004 - CPI dos Planos de Saúde, que possui como ementa a alteração da Lei Complementar nº 116/03, estabelecendo uma adequada base de cálculo do ISS para as operadoras de planos de saúde. Andamento: Comissão de Seguridade Social e Família;
- o PL 7009/2006, que dispõe sobre a organização e o funcionamento das cooperativas de trabalho.

Há um consenso entre os entrevistados de que apesar de existir a Frente Parlamentar do Cooperativismo, falta representatividade para o cooperativismo médico. De acordo com o entrevistado 1x, o sistema UNIMED está buscando na classe médica novas lideranças para integrar esta Frente Parlamentar. A UNIMED do Brasil, segundo o entrevistado 1x, está atuando diretamente dentro do Poder Legislativo, buscando a organização da bancada do

cooperativismo médico, com novos parlamentares, com o objetivo de manter uma integração com a Frente Parlamentar de Saúde. No entendimento da UNIMED do Brasil, segundo interpretação do entrevistado 1x, esta integração permitirá a apreciação de Projetos de Leis importantes para o Sistema UNIMED, como, por exemplo, o que trata do ISS, do PIS e da COFINS, e do ato cooperativo. O entrevistado 4y argumenta que existe falta de cooperativismo médico. Segundo o entrevistado, a FRENCOOP não tem representatividade do cooperativismo médico: “não há nenhum que represente nossos interesses. Nos vêem como lobo mau que não quer dar cobertura, não quer autorizar. Não conseguimos eleger um médico no estado”. O entrevistado 5x expõe que “o que existe é dirigente simpatizante, não uma representação decente do cooperativismo médico”. O entrevistado 2y vai um pouco mais longe e argumenta que não foram votados os projetos de lei porque “falta motivação política por parte das cooperativas para estimular lideranças médicas com viabilidade de eleição, uma vez que se sabe que tem de se bancar a campanha”. De acordo com o entrevistado,

até tentamos eleger deputado federal, senadores, mas não conseguimos. Aqui no estado o Geraldo Altoff é um exemplo. Falta representatividade do cooperativismo médico no Congresso e é uma falha do sistema UNIMED não eleger um cooperado.

Na opinião do entrevistado 1x, a Lei 5764, que trata do cooperativismo, pode ser vista como fator de limitação para a gestão das cooperativas médicas. Já para o entrevistado 1y, a lei cooperativista precisa amadurecer no sentido de melhorar os aspectos desta. A lei atual (5764) chega a ser genérica e até mal interpretada, no entendimento deste entrevistado. O entrevistado chama a atenção para o fato de que, quando se altera a lei por completo, o tempo que se leva para discuti-la e entendê-la é muito maior. O entrevistado 2y ratifica o entendimento e diz que não é preciso outra Lei; esta deve ser melhorada. Segundo o entrevistado,

à medida que as coisas evoluem e novas situações acontecem no mercado, como é o caso da saúde suplementar, em que empresas estão abrindo capital, o que é uma ameaça para o cooperativismo, é preciso criar alternativas para equilibrar estas forças de mercado.

Paralelamente a estas discussões, as cooperativas do ramo da saúde se deparam com a regulamentação do setor da saúde suplementar, ocorrida com a promulgação, em 1998, da Lei 9656, a qual dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, que por mais que não se trate especificamente de uma lei relacionada ao cooperativismo, intervém nas cooperativas médicas. Isto nos remete à idéia de complexidade (MORIN, 2007), segundo a qual no

fenômeno organizacional há uma dialógica entre ordem, desordem, organização e interação em uma visão de mundo permeada de incerteza e questionamento. Para Morin, estas noções são simultaneamente concorrentes, complementares e antagônicas entre si.

k) *Processo decisório complexo e impossibilidade de abertura de capital*

O processo decisório complexo e a impossibilidade de abertura de capital, identificados por Machado Filho *et.al.* (2004) como pontos fracos do sistema cooperativista, foram evidenciados nas duas UNIMED analisadas. Não se observa nas tomadas de decisão uma grande diferença entre diretoria e cooperados, o que podemos inferir que possa ir ao encontro das características da isonomia, ainda que haja distância entre diretoria e cooperados no que se refere a participação. Em assembleias, como mencionado por todos os entrevistados, cada cooperado tem direito a um único voto. Entretanto, este processo decisório apresenta alguns vieses, como indicado pelo entrevistado 3x: “a gestão democrática pode trazer problemas para o processo decisório, haja vista que nem sempre as melhores decisões vêm da democracia”. O entrevistado 4x ratifica argumentando que “a democracia é ao mesmo tempo uma oportunidade e uma ameaça”. O fato de ser a delegação de poder nas cooperativas debaixo para cima possibilitaria, em princípio, uma vantagem em relação a outras organizações, no que se refere à legitimidade e inclusive à comunicação das decisões. Entretanto, o já mencionado problema da baixa participação inviabiliza estes efeitos positivos. O entrevistado 5x define o processo decisório como “legalmente e juridicamente lento”. Segundo ele, o processo decisório complexo e a impossibilidade de abertura de capital são realmente empecilhos à concorrência mercadológica. Mas, ao mesmo tempo, a transparência e a gestão democrática voltadas para a solidariedade são aspectos positivos, na sua avaliação multidimensional.

Com relação especificamente à impossibilidade de abertura de capital, o entrevistado 4x expõe que a limitação de recursos dificulta a gestão, pois o acesso ao crédito e o fomento de investimentos são os alicerces para expansões comerciais e o crescimento da organização. O entrevistado 2y compartilha desse entendimento e acrescenta que a limitação de recursos é um obstáculo porque as UNIMED concorrem com hospitais filantrópicos, os quais possuem benefícios e isenções que possibilitam repor tecnologias de forma muito mais fácil.

l) *Concorrência e a abertura econômica*

A concorrência e a abertura econômica, citadas por Machado Filho (2004) como ameaças ao sistema cooperativista foram reconhecidas como tais pelos entrevistados das duas UNIMED analisadas. A abertura econômica<sup>70</sup>, no entanto, foi muito mais destacada do que a concorrência com seguradoras e empresas de medicina de grupo atuantes hoje no país. Ainda que o entrevistado 4y apresente uma posição segundo a qual a concorrência é sempre uma ameaça, há um consenso entre os entrevistados de que é ao mesmo tempo salutar. Isto é importante e converge com a abordagem da complexidade (MORIN, 2007), visto que o trabalho com a incerteza incita realmente a criticar o saber estabelecido. A complexidade, nesses termos, é pensar conjuntamente o incerto e o certo, o lógico e o contraditório.

O entrevistado 2x destaca a abertura econômica, com conseqüente entrada de uma grande multinacional no mercado brasileiro, como um grande risco para o sistema UNIMED, de modo geral. Esse entendimento é similar ao apresentado pelo entrevistado 2y, para o qual o processo de abertura econômica, viabilizando concorrência com grupos internacionais, é um grande risco. O risco, nesse sentido, é o volume de investimento financeiro e em infraestrutura que tais grupos poderiam, em princípio, apresentar como obstáculo ao sistema UNIMED, haja vista o já mencionado problema da impossibilidade de abertura de capital, o que obrigaria aos cooperados a abdicarem de parte de seus rendimentos advindos da realização de sua produção/trabalho para investirem na verticalização<sup>71</sup> de suas singulares.

m) *Desconhecimento da doutrina cooperativista*

O desconhecimento da doutrina cooperativista, destacado por Irion (1997) e Otta (2003) como o maior problema para o desenvolvimento do cooperativismo no país – já que se estende desde as camadas socioeconômicas de baixa renda até as elites –, foi reconhecido pelos entrevistados das duas UNIMED. Entretanto, observou-se a ressalva de que tal problema tem sido parcialmente superado dentro do sistema UNIMED nos últimos anos, como destaca o entrevistado 3y: “hoje a maior parte dos cooperados conhecem a doutrina”. Segundo o entrevistado 3x, o desconhecimento da doutrina pode influenciar negativamente a

---

<sup>70</sup> Liberalização financeira externa e de eliminação de barreiras protecionistas, iniciadas no Brasil na década de 90, a qual permite grupos multinacionais entrarem na saúde suplementar brasileira.

<sup>71</sup> Investimento em recursos próprios, como hospitais, laboratórios, etc.

avaliação da UNIMED pela sociedade. Para ele, “de modo geral os médicos não pensam na UNIMED como uma cooperativa, mas somente como fonte pagadora. Assim, não se interessam em saber quanto a UNIMED arrecada ou gasta, e acabam não participando da forma como deveriam”.

O entrevistado 5x indica que, dentro do sistema médico, o conhecimento da doutrina cooperativista já mudou bastante, mas reconhece que na sociedade brasileira ainda carece de desenvolvimento. Destaca que hoje se fala “minha UNIMED, nossa UNIMED”. A população, por sua vez, tem pouco acesso a questões e conceitos cooperativistas, pois as cooperativas são pouco difundidas. Como exemplo desta situação, o entrevistado 5x apresenta o da cooperativa Aurora: “a população compra seus produtos e a maior parte não a reconhece como cooperativa. Isto é fruto de um sistema arcaico da OCB, que é centralizador e de custo alto”.

Este aspecto abordado pelo entrevistado 5x justifica o surgimento de um sistema paralelo, com cooperativas não registradas no Brasil, como as cooperativas populares. De acordo com o entrevistado 5x, apesar de um artigo da Lei (artigo 107) obrigar as cooperativas a se registrarem, esse artigo tem sido burlado sob a alegação de que a Constituição de 88 eliminou essa obrigatoriedade quando diz que nenhuma organização é obrigada a se associar ou a se manter associada a conselhos ou entidades. Para o entrevistado 5x o sistema paralelo surgiu porque o atual tem um custo elevado de manutenção; aponta um exemplo:

em uma cooperativa de catadores de papel eles trabalham para sobreviver. Para se manter filiado ao sistema OCB eles teriam de pagar 0,2% do patrimônio líquido todo ano e uma taxa de manutenção. Então o sistema paralelo surgiu pelo fato de o vigente ser custoso e arcaico.

O entrevistado prossegue com as críticas argumentando:

veja a OCESC, pelo desenvolvimento do cooperativismo catarinense, deveria ser muito mais atuante. É um sistema arcaico com custo elevado, centralizador, ultrapassado, cheio de divisas. Ou seja, se tenho uma constituição que me desobriga e não tenho condições de pagar, por que seguir a Lei?

O entendimento apresentado por Irion (1997) e Otta (2003) – de que o desconhecimento da doutrina cooperativista se estende por todas as camadas socioeconômicas da população brasileira – converge com o pensamento do entrevistado 1y. Ele relata o desconhecimento da doutrina cooperativista também por parte do judiciário e atribui este problema aos cursos de direito, que não disponibilizam uma cadeira de direito cooperativo, por exemplo. Segundo este entrevistado, ninguém estuda direito cooperativo, mas julgam com

se conhecessem. Esta evidência, sob o ponto de vista da complexidade, nos permite inferir que parte dos julgamentos contrários às cooperativas e o desgaste do cooperativismo junto à sociedade advém das prescrições do paradigma disjuntor-redutor e da hegemonia da sociedade mercadocêntrica (GUERREIRO RAMOS, 1981; MORIN, 2007). Tal entendimento permite concluir que o ser humano é como um todo inacabado que se constitui de suas relações sociais, processos de escolarização, contradições, ambigüidades e com suas memórias, em permanente processo de auto-eco-organização e auto-eco-re-organização (MORIN, 2007). Esse desconhecimento da doutrina também dificulta um questionamento do próprio aspecto ideológico inerente às doutrinas, ou seja, dificulta uma crítica ao fechamento das idéias em torno de um cooperativismo pouco sensível às peculiaridades socioambientais e socioeconômicas de cada cooperativa.

n) *Educação cooperativista*

Enquanto Irion (1997) defende a educação cooperativista como solução para inúmeros impasses, Rios (1998) propõe o estabelecimento de critérios adequados para o ingresso ao sistema cooperativo como melhor caminho. Assim, somente deveriam ser aceitos na cooperativa aqueles que tivessem perfil adequado ao cooperativismo. Ambos os aspectos foram identificados junto aos entrevistados das UNIMED analisadas.

Para o caso específico das cooperativas médicas, é importante retomarmos o destaque conferido por Rodrigues (2006) aos critérios de aceitação de novos cooperados, os quais, sem a necessária ótica cooperativista, acabam por institucionalizar na gestão da cooperativa processos similares aos adotados em empresas mercadocêntricas. Para o entrevistado 3y realmente tem sido feito muito pouco para buscar um perfil cooperativista no sistema UNIMED. De acordo com o entrevistado 2y, os critérios existem justamente pelo fato de os novos cooperados, em geral, não terem uma visão cooperativista; e por ser muito difícil excluí-los da cooperativa após a entrada. O entrevistado 5x cita que “antigamente se pregava ao pé da letra o princípio das portas abertas porque as UNIMED precisavam de cooperados, mas não havia muito critério”. Segundo este entrevistado, com o tempo esta realidade mudou, porque com a tecnologia diminui-se o número de pessoas necessárias para atingir-se o mesmo fim. As escolas de medicina formam continuamente mais médicos enquanto se multiplicam as tecnologias – e este processo induz à criação de critérios seletivos no sistema UNIMED. De acordo com o entrevistado 5x, hoje pode haver o princípio da livre adesão, mas com um “calhamaço de critérios”. O entrevistado expõe que a maioria das UNIMEDs têm padrões de

entrada bem definidos, mas reconhece que deveria existir um padrão de critérios para todas as cooperativas do sistema. O entrevistado 1x, por sua vez, indica que a padronização de critérios é boa, mas difícil de ser implementada em razão das particularidades de cada UNIMED. Apesar de não haver padronização, há o consenso entre os entrevistados de que os critérios são mais rígidos, haja vista que “se o novo cooperado não for preparado poderá colocar tudo a perder”. Para o entrevistado 4x a padronização nos critérios realmente deveria existir, mas o cooperativismo foi “engessado” pelas diretrizes capitalistas.

Com relação especificamente à educação cooperativista, o entrevistado 3y entende que já foi melhor, tanto no sistema como em sua singular. Segundo ele, a OCESC patrocinava eventos que hoje não se vê. Para o entrevistado 3x deveria haver cursos obrigatórios sobre cooperativismo a cada ano para os cooperados. O entrevistado 4x, por sua vez, traz à tona a idéia de que a educação cooperativista somente não ser melhor em razão da baixa participação dos cooperados em cursos promovidos pela UNIMED. Esta opinião é compartilhada pelo entrevistado 1x, o qual menciona que a falta de participação dos cooperados nas Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias das cooperativas representa o desinteresse do cooperado em adquirir o mínimo de conhecimento sobre a realidade administrativa da sua empresa. Segundo o entrevistado.

as administrações das cooperativas devem adotar medidas que visem incentivar uma maior participação dos cooperados, bem como devem estreitar cada vez o relacionamento com o médico, pois, só assim formará neste profissional um verdadeiro guardião do cooperativismo.

O entrevistado 5y argumenta que a cooperativa não educa de forma efetiva seus cooperados e vislumbra um universo organizacional em que não há integração entre o dono e a cooperativa, o que vai na contramão da isonomia. Para este entrevistado, os cursos feitos por sua cooperativa são deficientes; ele procura explicar o fato de o cooperado não se importar com a cooperativa pela falta de contato da direção com os cooperados com objetivo de identificar as suas necessidades.

Esta situação converge com o entendimento de Guerreiro Ramos (1981) de que o domínio da racionalidade instrumental traz como consequência a prevalência de uma comunicação distorcida; e que os sistemas sociais fracassam ao focalizar mais a sociedade do que o indivíduo, o que renega a racionalidade substantiva ao segundo plano. Além disso, esse processo tende a distanciar nas cooperativas UNIMED as direções em relação aos cooperados, fazendo com que a isonomia formal seja limitada ao aspecto formal.

*o) Dupla militância e problemas com marcação de consultas*

Muitas cooperativas médicas proíbem a possibilidade do médico ser cooperado e também trabalhar para empresas de medicina de grupo (IRION, 1997). Por mais que teoricamente pareça justo, haja vista representar o dono da empresa prestando serviço para o seu concorrente, essa prática, denominada unimilitância, não é permitida na maior parte dos casos pelo judiciário. O entrevistado 1x discorda veementemente desta medida, pois as cooperativas “são sociedades de pessoas constituídas nos termos da Lei Federal nº 5.764/71 para prestarem serviços aos associados, mediante o exercício de uma atividade econômica de proveito comum”. Segundo ele, no cooperativismo a associação se dá por vontade própria, sem qualquer imposição; do mesmo modo, é assegurada a saída nos termos da faculdade prevista no artigo 32 da Lei nº 5.764/71. Assim, ninguém é obrigado a nele ingressar, como não é obrigado a nele permanecer, obedecidas suas normas regimentais e estatutárias reguladoras deste relacionamento. Para o entrevistado 1x, a Lei nº 5.764/71, não coibindo a adoção do regime de trabalho exclusivo, está a exigir dos cooperados esta exclusividade. A legislação não proíbe ou impede o estabelecimento do regime exclusivo entre os cooperados. De acordo com o entrevistado 3y, o Bamerindus, na década de 90, fez uma denúncia alegando que o sistema UNIMED praticava a unimilitância em Santa Catarina, apesar de o sistema UNIMED sempre negar a ocorrência desta prática.

A dupla militância é reconhecida pelos entrevistados como uma característica do mercado. De acordo com o entrevistado 5x, a falta de cliente é que gerou a dupla militância. Enquanto para o entrevistado 2x a dupla militância representa um risco para a UNIMED; para o entrevistado 4x é algo natural, uma vez que deve haver a liberdade para o médico prestar o seu serviço. Segundo o entrevistado 2y, apesar de a dupla militância ser uma característica do mercado, ela pode tornar-se um problema, pois em muitos casos não há a consciência por parte dos cooperados. O entrevistado 1x sugere que o sistema UNIMED deva cada vez mais trabalhar a educação cooperativista para beneficiar seus usuários, em detrimento dos usuários de outras empresas de planos de saúde.

Quanto às dificuldades de marcação de consultas por parte dos clientes da UNIMED, os entrevistados 1x e 3x concordam que pode afetar negativamente a imagem da UNIMED. De acordo com o entrevistado 3x, esse problema ocorre porque as consultas são remuneradas de forma inadequada. Neste sentido, o entrevistado 5x argumenta que o dia em que o médico conseguir sobreviver somente com a UNIMED ele não se preocupará mais com os outros.

Segundo este entrevistado, “hoje isto é um problema de mercado, pois muitas vezes o cliente quer a consulta somente com o especialista renomado, que não tem compromissos só com a UNIMED, pois a UNIMED não é sua única fonte de renda”. O tempo de que dispõe tal médico precisa ser compatível com o tempo necessário para atender aos clientes da UNIMED, dos demais plano de saúde (dupla militância) e dos atendimentos particulares. O entrevistado 5x conclui que deve haver lealdade por parte do cooperado: “não pode se sujeitar a receber menos do que recebe da UNIMED e deve atender à UNIMED no mínimo tanto quanto atende a terceiros, seja particular ou não”. Esta situação também é destacada pelo entrevistado 2y, para o qual a UNIMED não tem como proibir seus cooperados de atender seus clientes particulares, e, até por uma questão judicial, de outros convênios. O entrevistado 3y vai mais longe e indica que o problema de marcação de consultas dos cooperados pode ser visto como uma forma de discriminação aos próprios clientes da UNIMED, pois o atendimento de um cliente particular pode trazer para este cooperado retornos financeiros maiores. O entrevistado 3y argumenta que “as cooperativas UNIMED deveriam chamar seus cooperados à responsabilidade, visto que a grande maioria dos cooperados acaba sofrendo as conseqüências de um problema ocasionado por poucos”. Para o entrevistado 1x, problema de marcação de consultas pode e deve ser considerado como falta de comprometimento com a cooperativa. Segundo ele,

tendo acordado com o convênio ou cooperativa uma determinada forma de pagamento, não mais pode discriminar, com base na argumentação de que é mal remunerado, os pacientes deles oriundos, dificultando o acesso aos consultórios, com adoção de limites de vagas ou outros artifícios. A atitude eticamente aceita, para situações desta natureza, é a suspensão global do atendimento ou o descredenciamento.

É evidente que se houver uma demanda muito grande de clientes, vai faltar espaço na agenda desses médicos. Mas, reconhecidamente entre os entrevistados, isto não ocorre com todos os profissionais, e sim para algumas especialidades. Para o entrevistado 2y, o que falta é uma regra clara. Ele reconhece que uma única regra no sistema seria difícil em razão da singularidade de cada UNIMED, mas indica que a regra que deveria existir é a de somente constar no guia médico o horário de atendimento do cliente UNIMED. É oportuno registrar o destaque conferido pelo entrevistado 1x ao fato de que o Ministério Público (MP) de Santa Catarina vem recomendando a algumas UNIMED do estado a adoção, em caráter de urgência, de providências para fiscalizar a atuação de seus médicos cooperados, no tocante à dificuldade de agendamento de consultas por parte dos usuários e o tratamento preferencial

dado a pacientes particulares. O MP exige o cumprimento do Código de Ética Cooperativista, evitando assim uma contenda judicial. Para o entrevistado 1x,

é importante ressaltar que o tratamento diferenciado dado pelos médicos cooperados aos pacientes particulares, em detrimento dos usuários da UNIMED, pode ser enquadrado no tipo penal do art. 7º, inciso I, da Lei nº 8137/90<sup>72</sup>.

O entrevistado 1x expõe que o inciso I, do § 1º, do art. 1º, da Lei 9656/98 estabelece que

o consumidor de determinada operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser discriminado ou atendido de forma distinta daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano.

Destaca, ainda, que o art. 18, incisos I, II, III, da Lei nº 9.656/98, dispõe sobre obrigações e direitos em relação ao consumidor, não privilegiando ou discriminando usuários, mas, sim, dando tratamento isonômico a todos.

p) *Governo e ANS*

É bem verdade que a abordagem do modelo de interessados na organização (*stakeholders*) reconhece que as exigências sobre as organizações empresariais crescem continuamente, incluindo grupos que, tradicionalmente, não faziam parte do interesse imediato da organização. Segundo Castro (2003), uma questão particular pode unir diversos *stakeholders*, formando coalizões, fazendo com que os mesmos apoiem ou se oponham à política organizacional. O governo federal e a Agência Nacional de Saúde<sup>73</sup> são dois dos *stakeholders* reconhecidos pelos entrevistados das duas UNIMED como em evidência para as cooperativas médicas nos últimos anos.

De acordo com o entrevistado 5x, a Agência Nacional “muda as regras todos os dias e com suas ações pode dar um tiro no próprio pé, quando o grande objetivo seria possibilitar a desoneração do SUS”. Sobre esse aspecto, o entrevistado 1y foi enfático:

---

<sup>72</sup> Define crimes contra a ordem tributária, econômica e contra as relações de consumo, e dá outras providências.

<sup>73</sup> A ANS foi criada em 28/01/2000, com a Lei nº 9.961. É uma autarquia federal, vinculada ao Ministério da Saúde, que possui autonomia financeira e decisória e se destina a criação de mecanismos estatais de fiscalização, controle de preços e regulação dos serviços médicos prestados por operadoras de planos de saúde.

Até que ponto o Governo e a ANS não estão vindo ou agindo contra o próprio consumidor [...] pois elitizam a saúde suplementar. Hoje o que o Governo e a ANS vêm fazendo é elitizar a saúde de tal forma que mais de 70% da população não têm como pagar.

O entrevistado prossegue argumentando que ainda estão em discussão a possibilidade de eliminação de carências, a qual está prevista em lei. Ele explica que eliminá-la é um risco para o sistema porque o cliente pode contratar um plano só para fazer cirurgia ou tratar sua doença. Desta forma, o prejuízo será de todos. Para o entrevistado 3y as resoluções da ANS são um “baita problema, não apenas para a UNIMED, mas para as operadoras de planos de assistência à saúde”; ele prossegue: “sem contar a rede de atendimento. Quando um prestador lá no Maranhão deixa de ser credenciado afetar a todas as cooperativas UNIMED do sistema”.

De acordo com o entrevistado 5x, “antigamente o plano de saúde era um benefício legal, hoje virou moeda de troca”. Entre vale refeição e plano de saúde, há pessoas que optam por plano de saúde, principalmente em famílias grandes. Entretanto, embora a regulamentação pela ANS seja necessária, conforme o entrevistado 2y, o formato da regulamentação “acaba sendo um sufoco para as operadoras, pois não se analisa cada uma individualmente”. De acordo com o entrevistado 2y, ela deveria fazer uma análise da natureza jurídica de cada empresa e de sua realidade econômica. Para o entrevistado 1y, “com a tentativa frustrada de migração dos clientes para planos regulamentados, com o incentivo da mídia, a ANS sofreu um desgaste de sua imagem, e, querendo ou não, a ANS é política”. Segundo o entrevistado 1y, a ANS não pode enfrentar a mídia e a população: “esta pressão a ANS não está sabendo suportar e por isso acaba tomando medidas que elitizam a saúde suplementar”.

A idéia de ordem demanda o diálogo com a idéia de desordem, como observa Morin (2007). A complexidade emana da junção de conceitos que lutam entre si, mas requer, também, o pensar de forma organizacional. Ao analisar-se as ações do governo e da ANS parece plausível o entendimento de que a desordem não só se opõe à ordem, como também coopera com ela para criar a organização. Ao tempo em que Morin aconselha enfrentar a incerteza e a contradição trabalhando com/contra elas, Etkin (2003) recomenda aprender a navegar e manter um rumo possível, o que de certo modo podemos inferir que valha para as cooperativas UNIMED analisadas.

*p.1) Lei 9656/98*

A promulgação da Lei 9656/98, que regulamenta os planos de saúde, tornou a necessidade de integração entre cooperativa e cooperado ainda mais emergente. Para a maior parte dos entrevistados esta Lei é decididamente um risco. Cabe destaque a resposta do entrevistado 1y, o qual indica que “a Lei 9656 é bem ruim. Infeliz! Parece feita às pressas, à força, poderia ser refeita, deveria ser repensada”. Para este entrevistado, tem de haver uma “idéia mais fria dos custos assistenciais, deveria existir uma segmentação dos planos para viabilizar o acesso do consumidor à saúde suplementar”.

O entrevistado 5x indica que

A Lei 9656, em paralelo com questões de mercado, produziu um efeito interessante no estado: 9 das 23 UNIMED em Santa Catarina se tornaram prestadoras. No primeiro momento, estavam todas embaixo do mesmo chapéu. Tínhamos UNIMED extremamente superavitárias e outras muito deficitárias e acabaria uma bancando a outra. Chegou um ponto em que as maiores UNIMED resolveram não bancar mais a conta. Coincidentemente aconteceu o fato de que essas unidades não conseguiram mais sobreviver independentes com as exigências da nova lei dos planos de saúde (Lei 9656). Ou seja, foi tudo questão de mercado, no primeiro momento, dentro do próprio sistema, e depois, com a regulamentação da saúde suplementar. Hoje essas 9 UNIMED são prestadoras de serviço para a Federação, comprando serviços desta. Enquanto na operadora (Federação), a parte operacional e administrativa/financeira do plano de saúde comercializado é de sua responsabilidade; as 9 singulares não podem comercializar seus próprios produtos, mas comercializam o produto da Federação.

Observa-se ainda que o entrevistado 5x admite que ocorreu uma sobrecarga de encargos para a saúde suplementar com o advento da Lei 9656. O entrevistado 3y indica que inúmeros artigos da Lei 9656 são extremamente prejudiciais à Lei 5764 que rege o cooperativismo. O entrevistado 1y ratifica esse ponto de vista ao expor que a Lei 9656 na saúde suplementar é que está valendo; mas acabou intervindo na Lei 5764. Segundo este entrevistado, “a isonomia de tratamento entre as operadoras gerado pela Lei 9656 atrapalha as cooperativas, pois acabam atuando no mesmo setor com as Sociedades Anônimas”. Esta mesma percepção é observada na resposta do entrevistado 3y: “a isonomia de tratamento que foi criada dificulta, em alguns casos, seguir os próprios princípios”. O entrevistado 1y conclui que o que “o sistema UNIMED precisa é de um contrato em que nem judiciário e nem Ministério público possa mudar. Algo que seja reconhecido e respeitado, pois vive-se atualmente com insegurança jurídica”.

Ao tempo em que poderia ser definida como uma ordem, a Lei 9656 parece se enquadrar melhor como uma desordem, que traz a incerteza diante do imprevisível. No entendimento de Morin (2007), essa dialógica entre ordem e desordem constitui a própria complexidade. Aceitar esta contradição é melhor do que rejeitá-la, o que nos leva a deficiências.

### *p.2) Aumento do Rol*

Com relação à atualização do Rol de procedimentos médicos, como proposto pela consulta pública nº 27/2007 e consolidada com a edição da RN 167<sup>74</sup>, a qual amplia a relação de cobertura assistencial a partir de 02 de abril de 2008, é reconhecido por todos os entrevistados como um risco para as UNIMED. Infelizmente nenhuma das reivindicações do Sistema UNIMED foi aceita durante o processo de consulta pública por parte da ANS. O sistema UNIMED deverá questionar judicialmente a ampliação do Rol, em conjunto com outros grupos de operadoras do setor. As operadoras prevêem aumentos de até 10% no preço da aquisição dos planos em razão da ampliação da cobertura obrigatória, e a Justiça será acionada caso este percentual não seja contemplado no cálculo do reajuste de mensalidades dos contratos individuais, que será autorizado em maio pela agência reguladora.

Para o entrevistado 1y, mais uma vez a ANS pode pôr em risco a sobrevivência de inúmeras cooperativas e “dar um tiro no pé do próprio consumidor”. Segundo o entrevistado, o aumento do Rol vai beneficiar a massa atual de clientes, que não pode ser excluída pelas operadoras, e vai acabar com o sonho de muitos de terem um plano privado, em razão dos aumentos de preços das mensalidades.

### *p.3) Teto de reajuste pessoa física*

A determinação do teto de reajuste para contratos de plano de assistência à saúde de pré-pagamento familiar ou individual por parte da ANS é reconhecido pelos entrevistados como um risco a manutenção, não somente das cooperativas médicas, mas para a maior parte das operadoras. Ao tempo em que o aumento de coberturas gera benefícios e garantias aos consumidores, a utilização desses serviços médicos gera, por sua vez, uma dívida aos prestadores pela respectiva prestação do serviço. Neste aspecto, segundo o entrevistado 3y, a

---

<sup>74</sup> Resolução Normativa da Agência Nacional de Saúde.

ANS, abrindo mais coberturas e limitando reajustes, “é um baita problema”. O entrevistado 2y concorda e argumenta: “é uma incongruência limitar reajustes e expandir coberturas”. A ANS “parece brincar com os consumidores ao dizer que o aumento no Rol de procedimentos não repercutirá em aumentos de mensalidades neste ano”. Ressalta-se neste momento que os reajustes de contratos pessoa física (que representam aproximadamente 17% ou 18% da saúde suplementar), determinados pela ANS, têm como base a média de reajustes aplicados aos contratos pessoa jurídica no mercado, ou seja, com referência ao ano anterior. Ocorre que no ano anterior não havia este aumento de coberturas do Rol. A ANS não esclarece este fato à população, não esclarece que aproximadamente 82% da saúde suplementar sofrerão imediatamente o impacto. As operadoras terão de buscar uma solução para o teto de reajuste e o aumento de custos decorrente do aumento do Rol com relação a 18% da saúde suplementar relativos a contrato pessoa física.

#### *p.4) Ressarcimento ao SUS*

De acordo com a ANS, em informações colhidas em seu *website*, o ressarcimento ao SUS tem por objetivo evitar o enriquecimento sem causa das operadoras; desestimular o descumprimento dos contratos por parte dessas e impedir o subsídio, ainda que indireto, de atividades lucrativas com recursos públicos. A ANS fundamenta a cobrança conforme disposto no artigo 32 da Lei 9656, que determina que, toda vez que um usuário é atendido pelo SUS, são cobradas da operadora de plano de saúde as despesas com os serviços prestados.

O ressarcimento é considerado um risco para as cooperativas por parte de todos os entrevistados e alguns destes são mais contundentes. Para o entrevistado 1x, o ressarcimento ao SUS é uma “prática ilegal”. O entrevistado 4x o classifica como uma “prática abusiva e autoritária da ANS para fomentar seu caixa”; o entrevistado 4y acredita ser uma “forma de bitributar”. O entrevistado 2y chega até mesmo a se exaltar durante sua resposta: “o SUS é que deveria ressarcir as operadoras porque o direito à saúde é universal e um dever do Estado. É uma incongruência. Um absurdo, uma bitributação que só funciona porque é Lei”.

O parágrafo 1º do artigo 32 da Lei 9656 estabelece que o ressarcimento deve ser efetuado mediante tabela de procedimentos a ser aprovada pela ANS. Para viabilizar a cobrança, o Conselho de Saúde Suplementar, por meio da Resolução nº. 9, de 1998, instituiu a Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP). É justamente esta tabela o motivo das maiores controvérsias. Alguns entrevistados não chegam a questionar

exatamente o ressarcimento, mas sim a forma de cobrança e a tabela TUNEP. O entrevistado 2x considera o ressarcimento um risco, mas ao mesmo tempo justo. Segundo ele, a forma de cobrança e a TUNEP é que são descabidas. Opinião semelhante pode ser observada com o entrevistado 5x: “acho justo em planos de pré-pagamento que as operadoras ressarcam ao SUS, mas não com esta tabela. A TUNEP é um risco que beira uma sacanagem”.

Contra essa cobrança as operadoras de planos de saúde vêm apresentando impugnações e recursos administrativos. De acordo com o entrevistado 1y, 90% dos pedidos de ressarcimento são vencidos administrativamente. Segundo o entrevistado “o governo dá com uma mão e cobra com três. A TUNEP é bem maior que a tabela do SUS”. A impugnação ao ressarcimento é o mecanismo através do qual as operadoras podem alegar, em caráter de defesa, a desobrigação de proceder ao ressarcimento ao SUS. Isto porque ocorrem situações nas quais as operadoras não estão obrigadas a ressarcir, em virtude de norma legal ou contratual, haja vista o atual modelo de ressarcimento ao SUS ser restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência, de acordo com o artigo 2º da RDC nº 18/2000<sup>75</sup>. O entrevistado 1x é enfático ao classificar como ilegal a cobrança do ressarcimento ao SUS pelos valores constantes da tabela de procedimentos TUNEP, que são superiores aos praticados pela UNIMED.

Esta ilegalidade foi mencionada em artigo disposto no *website* da Plurall em 17/01/2008, de autoria de Adriana Nogueira Tôrres, no qual se argumenta que a Lei 9.656/98 determina, no art. 32, §8º, que os valores reembolsáveis não sejam inferiores aos praticados pelo SUS, nem superiores aos das operadoras. A TUNEP foi instituída por Resolução Normativa (RN), que deve se submeter aos limites impostos pela lei à qual está vinculado, transcendendo o poder normativo da agência reguladora, o qual fica limitado aos parâmetros estabelecidos na lei delegadora que verse sobre o tema. De acordo com este artigo, a ilegalidade da tabela TUNEP não resiste a uma prova pericial, dada a sua discrepância de valores com a tabela do SUS e os valores operados no mercado; sugere-se no texto que os cidadãos questionem o direcionamento dado pelo Estado à verba arrecadada pela ANS, visto que a saúde pública continua em perfeita desordem e em constante retrocesso. A constitucionalidade da cobrança ainda não teve decisão de mérito no Supremo Tribunal Federal, o que tem gerado decisões controversas nos Tribunais Regionais Federais (PLURALL, 2007). O entrevistado 1x apresenta várias decisões favoráveis às operadoras. Segundo dados da ANS, os processos gerados por conta dos atendimentos feitos pelo SUS

---

<sup>75</sup> Resolução da Diretoria Colegiada da ANS.

entre fevereiro de 2001 a março de 2006 resultam em um valor para cobrança de R\$ 431 milhões, dos quais R\$ 72 milhões já foram pagos pelas operadoras de planos de saúde.

*p.5) Taxa de saúde suplementar*

A taxa de saúde suplementar, pela qual as operadoras pagam ao ano o equivalente a R\$ 2,00 (dois reais) por “vida<sup>76</sup>” cadastrada para a ANS, foi muito citada por todos os entrevistados. A ANS justifica a cobrança dessa taxa como forma de comprovação válida do número de clientes existentes na saúde suplementar, para fins de cálculo por planos de assistência à saúde. Esta taxa não é vista como um risco ou uma ameaça às cooperativas, mas sim como um encargo desnecessário. Dois entrevistados, neste sentido, acrescentaram à resposta uma crítica mais incisiva, como o 2y, o qual a classifica como “um absurdo”; o entrevistado 3y argumenta que “é descabido porque não se paga somente por usuário, se paga por contrato, por alteração na rede prestadora, etc.”. Na prática, significa dizer que, se hoje existem pouco mais de 44 milhões de clientes na saúde suplementar, anualmente são repassados ao governo mais de 88 milhões somente pelo fato de haver pessoas em condições de pagar por um plano privado de assistência à saúde.

*p.6) Garantias financeiras e ativos garantidores*

As Resoluções RDC Nº 159 (ativos garantidores) e a 160 (garantias financeiras) são criticadas por todos os entrevistados, por causarem um grande impacto para as finanças das cooperativas. O governo pautou-se no mercado de seguros, com regras similares vigentes desde o ano 2000, para generalizar a medida a todas as operadoras de planos de saúde. O impasse para a cooperativa surge em razão da sua dificuldade de capitalização, pois é cobrada do cooperado a posição de dono, que arca com os custos (ANS 2, 2007). Ou seja, na prática, essas medidas representam a necessidade de ter a disponibilidade de um determinado montante em caixa para minimizar o risco de quebra, deixando os clientes desassistidos, o que para algumas cooperativas representam alguns milhões de reais, dependendo de seu tamanho. É importante ressaltar que a ANS admite em seu *website* que a introdução dessas exigências de garantias financeiras pode trazer impacto econômico-financeiro em algumas operadoras, dependendo de como esta esteja estruturada individualmente. Mas, ainda assim, a partir de

---

<sup>76</sup> “Vida” é uma nomenclatura utilizada pelas cooperativas médicas. Significa o mesmo que cliente, consumidor ou beneficiário.

janeiro de 2008 a agência passa a tratar as operadoras como verdadeiras corporações financeiras que, assim como já é exigido das seguradoras especializadas em saúde, terão que apresentar um conjunto de ativos de garantia que ficarão vinculados ao Órgão regulador; caso contrário, a agência poderá encaminhar processo para a decretação de regime de direção fiscal junto à operadora irregular (INVESTNEWS, 2007).

Todos os entrevistados consideram estas medidas como um verdadeiro risco para as operadoras. O entrevistado 2x, no entanto, ao afirmar que é um risco, reconhece que as pequenas cooperativas podem sofrer mais do que as grandes, que são melhor estruturadas, mas ainda assim considera a medida necessária para dar garantias ao consumidor. Opinião semelhante é a do entrevistado 3y, que considera que, dependendo da situação, as pequenas devem sofrer mais. O entrevistado 1y alega que as pequenas UNIMED correm o risco de fechar. Segundo o entrevistado, “parece até ser o desejo da ANS deixar no mercado somente as fortes para que tenham menos preocupação”.

#### *q) Formação tecnicista do médico*

Com relação a este aspecto é oportuno ponderar sobre a necessidade de desenvolvimento da medicina, de avançar com os processos tecnológicos. Isto é reconhecido por todos os entrevistados. Por outro lado, o uso indiscriminado dos chamados exames de alto custo pode tornar-se um problema, conforme o ponto de vista do entrevistado 2x, ao afirmar que o desenvolvimento da medicina é “natural e inerente, mas a forma de utilização das tecnologias é que pode tornar-se um risco”. Este processo pode ter dois vieses. Por um lado, existe o cliente, que muitas vezes vê nos exames de auxílio ao diagnóstico uma solução e solicita ao profissional médico os exames que quer fazer. Às vezes este cliente é influenciado por outros clientes, outras vezes pela própria mídia, em alguns casos, os clientes se vêm angustiados e pensam que o exame será as respostas às suas aflições. Por outro lado, temos os médicos, que vêm muitas vezes nos exames complementares uma fuga de suas responsabilidades. Como a medicina não é uma ciência exata e envolve um grau de risco<sup>77</sup>, muitos médicos procuram minimizar de forma exagerada as possibilidades de um erro de diagnóstico e acabam solicitando um número cada vez maior de exames. O entrevistado 5y argumenta que a má formação do médico acaba por torná-lo suscetível às influências da mídia, a qual, segundo o entrevistado, leva alguns profissionais a solicitar exames

---

<sup>77</sup> Na abordagem da complexidade, nenhuma ciência é rigorosamente exata, nem mesmo a matemática. Todos os sistemas incluem ambigüidades e contradições.

desnecessários para se resguardarem de possíveis processos. Rangel (2006) relata em seu estudo o caso de uma cooperativa médica catarinense, no qual a mídia aparece como vendedora de aparelhos e medicações, inculcando nos pacientes o sentimento de que os exames físicos são insuficientes. Ocorre que os custos desta tecnologia são muito grandes. Na opinião do entrevistado 5x a formação tecnicista é muito importante, mas os custos que isso traz são muito altos. Para o entrevistado 2y, este custo pode se tornar um risco, até porque o custo da inflação médica é muito maior do que qualquer outra. O entrevistado 5y argumenta que

a maior causa desta situação está no próprio modelo brasileiro, copiado em grande medida do estadunidense, o qual privilegia as tecnologias em detrimento do ato médico, o que contrapõe o modelo europeu, por exemplo. Assim, quem realmente “lucra” com a medicina é o dono do aparelho, que nem sempre é o médico.

Os aspectos acima abordados podem ser compreendidos se resgatarmos o entendimento de Emilio Roger Ciurana (2007) sobre os princípios do paradigma da complexidade. Segundo o autor, se entendermos a dialógica entre indivíduo/sociedade/cultura, podemos entender a recursividade organizacional que cria a sociedade e os sentidos sociais, os quais emergem a partir da interação entre os indivíduos e que por retroação criam os indivíduos. De acordo com Ciurana, “somos, en cierto modo el reflejo de la sociedad-cultura que al mismo tiempo nos refleja”.

#### *r) Mídia*

A mídia é criticada por todos os entrevistados, por alguns de forma bastante contundente. O consenso é que as notícias são repassadas de forma fragmentada, ou seja, a divulgação causa dúvidas aos consumidores e ações judiciais desnecessárias. Não há o devido cuidado ao repassar informações sobre coberturas contratuais. Os clientes de planos não regulamentados (planos assinados antes de promulgação da Lei 9656/98) se sentem lesados e no direito de dispor da mesma cobertura de um plano regulamentado, mesmo sem pagar os valores de mensalidades relativos a essas coberturas. Os clientes de plano regulamentado, por sua vez, requerem mais do que prevê o Rol de procedimentos da própria ANS e buscam na esfera judicial a contemplação de seus interesses. Na opinião do entrevistado 1x, a mídia pode ser um risco ao Sistema UNIMED, pois, na maioria das vezes os meios de comunicação publicam notícias sem consistência, que incentivam os consumidores e os médicos a tomar determinadas medidas contra suas operadoras de planos de saúde. Segundo o entrevistado,

“essas medidas causam prejuízos de grande relevância às operadoras, contribuindo para dificultar e diminuir a segurança jurídica indispensável para a relação contratual existente entre o consumidor e a operadora de plano de saúde”. Para o entrevistado 4x, o risco não é apenas para o sistema UNIMED, mas para todo o mercado da saúde suplementar, haja vista a mídia ser parcial e relatar as informações de forma incompleta, o que provoca confusão ao cliente. Para o entrevistado 5x “a mídia provoca as pessoas. Ela induz o público a buscar direitos, mas sem informações corretas”. Até mesmo os órgãos de defesa do consumidor, como PROCON e IDEC, utilizam-se dos meios de comunicação com métodos de coerção que recaem sobre os próprios consumidores.

O entrevistado 1y parece resumir o sentimento dos demais entrevistados. Ele argumenta que

a mídia confunde os consumidores pela forma de divulgação, pois generaliza os fatos e as informações. Assim, presta um desserviço ao divulgar, por exemplo, os reajustes individuais, coberturas contratuais; incentiva os consumidores a buscar a esfera judicial, induz os médicos a solicitar uma grande gama de procedimentos sob risco de serem responsabilizados como omissos ou irresponsáveis e, ainda, acaba influenciando ao judiciário com notícias sensacionalista.

O entrevistado 2y concorda que a mídia induz à solicitação de procedimentos por parte dos médicos e incentiva os consumidores a buscar a esfera judicial, assim como argumenta o entrevistado 4y. Para o entrevistado 3y, da forma como age, a mídia faz com que a sociedade ache que todos os planos são iguais. O entrevistado prossegue indicando que

se chega um cliente e diz, “há dr., eu vi na tv, assim, assado”, imagina se o médico diz não e o cliente piora. A revista Veja hoje em dia se compara a um médico. Se saiu no Fantástico no domingo, temos o conhecimento que na segunda feira pela manhã o cliente questionará ao médico no consultório.

É preciso reconhecer que a temática é complexa. A interpretação do leitor ou do telespectador não pode ser desprezada. Há uma parcela de responsabilidade no ato de interpretar uma notícia. Da mesma forma, os detalhes jurídicos, que não são do conhecimento nem mesmo de juristas, de certa forma atenuam a “culpa” da mídia. Mas, com as respostas obtidas, pode-se inferir que a maior parte das notícias veiculadas sobre a saúde suplementar aparece com um tom prescritivo que se sobrepõe ao informativo. Parece haver uma síndrome comportamentalista (GUERREIRO RAMOS, 1981), como abordado no item 2.1.3 desta

dissertação, cujos padrões cognitivos são interiorizados pelos indivíduos, que absorvem de forma acrítica as regras impostas pela mídia para enfrentar os desafios impostos pela sociedade.

*s) Órgãos de defesa do consumidor*

Todos os entrevistados foram unânimes em afirmar que os órgãos de defesa do consumidor, como o PROCON e o IDEC, acabam deturpando a legislação com sensacionalismo e parcialidade, quando deveriam esclarecer os consumidores, tornando-se um verdadeiro risco para as cooperativas. É oportuno destacar que esta crítica dos entrevistados deveria ser endereçada à interpretação jurídica dos advogados destes órgãos. Questionados especificamente sobre esta temática, os entrevistados foram econômicos nas respostas, limitando-se a responder que a atuação destes órgãos representa um grande risco para o sistema UNIMED por estar baseada no Código de Defesa do Consumidor (CDC), e não na legislação pertinente da saúde suplementar (Lei 9656). Na realidade, todos os entrevistados concordam que o CDC não é o risco, mas sim, a interpretação que fazem do mesmo. Isto nos remete ao problema do judiciário.

*t) Judiciário*

Rodrigo Ferrari, advogado da UNIMED Grande Florianópolis, em entrevista realizada em outubro de 2007 para essa dissertação, afirmou que

[...] o poder judiciário, infelizmente, com base no Código de Defesa do Consumidor, vem concedendo inúmeras liminares ampliando as coberturas contratualmente asseguradas. Em inúmeras vezes, o poder judiciário tem aplicado as regras insertas na Lei nº 9.656/98 nos contratos firmados anteriormente à sua vigência, em total desrespeito ao princípio do ato jurídico perfeito e do direito adquirido. Essas decisões judiciais estão onerando e muito as operadoras, pois os seus custos não são embutidos nos cálculos atuariais dos planos de saúde.

Esse posicionamento foi ratificado por todos os entrevistados nas duas UNIMED. Todos consideram o poder judiciário como um dos maiores riscos, não só para as cooperativas como para a saúde suplementar. Para o entrevistado 4x, o risco vem das decisões que são sobrepostas ao contrato entre cliente e UNIMED. O entrevistado 5x complementa afirmando que a forma de interpretação do Código de Defesa do Consumidor é o que gera o risco maior.

O entrevistado 3y concorda com esta opinião: “o CDC não é o problema, problema é quem está julgando que concede além do que prediz o CDC, ignorando-se o contrato. Isto é um problemão”. De acordo com o entrevistado, o judiciário está viciado em suas decisões pró-consumidor, e prossegue:

as cláusulas devem ser interpretadas em favor do consumidor, mas, se tem uma cláusula que diz: não possui cobertura para transplantes e implantes, como você pode interpretar esta cláusula diferente do que está escrito? Puxam demais para o consumidor, o Rol de procedimentos parece não valer nada para o judiciário, o qual não quer nem saber dos custos.

De acordo com o entrevistado 1x, a forma de interpretação do CDC pode ser considerada um risco para o Sistema UNIMED, pois o poder judiciário tem aplicado o CDC em todas as demandas, vislumbrando que a finalidade do contrato é a garantia do direito à saúde e à vida da contratante.

Para o entrevistado 1y, hoje não há mais arbitrariedade por parte das operadoras como na década de 1990. “Em razão da regulamentação, os planos estão muito equilibrados em termos de direitos e deveres – e parece que o judiciário não está se dando conta. O CDC deveria ser substituído pela ANS, mas parece que não o é!” De acordo com o entrevistado,

hoje você não tem mais autonomia para escrever as cláusulas contratuais, pois a ANS está tornando os contratos padrão, e o judiciário parece desconhecer o fato. Desta maneira, a gestão obrigatoriamente tende a ser mais profissionalizada com a instrumentalização das ações gerenciais.

O entrevistado 2y concorda e argumenta que o judiciário ignora contratos. Relata situações em que o usuário, que foi alertado e recusou a possibilidade de regulamentar seu plano, procura a esfera judicial e é contemplado com coberturas às quais não tem direito. O entrevistado 1x argumenta que “no afã de salvar a vida de uma pessoa o Judiciário está condenando uma legião de outros, visto que, dessa forma, está destruindo a política de saúde existente no país, contribuindo para diminuir a segurança jurídica, indispensável para este tipo de relação contratual”.

O entrevistado 1y expõe um exemplo estadunidense, segundo o qual

um cliente comprou um pacote de serviços na costa leste, mais barato, de uma empresa sediada na costa oeste. O pacote indicava que possíveis questões jurídicas deveriam ser discutidas na sede da empresa que era na costa oeste americana. Ele mesmo assim entrou na justiça na costa leste e a justiça deu ganho de causa à empresa contratada, alegando que o cliente somente comprou o pacote mais barato porque custos, como o de transporte

e estadia de um advogado, não estariam inclusos. A análise nos Estados Unidos é feita por questões legais e técnicas, o que não ocorre atualmente no Brasil, em que o judiciário desconhece o funcionamento da ANS, das cooperativas, da legislação cooperativista e não tem a visão da Agência reguladora.

O entrevistado 1x concorda com este entendimento. Destaca-se que entre as principais reclamações apresentadas pelos usuários, estão a recusa dos planos em reembolsar despesas com próteses, implantes, cirurgias plásticas reparadoras, redução de estômago ou, ainda, na compra de medicamentos e tratamentos específicos. O entrevistado 1x enfatiza que

o Poder Judiciário não está percebendo que uma decisão proferida de forma errada ou equivocada está regulando de certa forma o mercado, pois todas as pessoas envolvidas naquela situação terão direito a um "procedimento" ou a um "medicamento" que não está previsto no contrato. Quem paga esta conta? O saco tem fundo!.

O entrevistado 1y atribui grande parte deste problema a um defeito grave dos cursos de direito, pois não há uma cadeira de direito cooperativo, por exemplo. Segundo este entrevistado, ninguém estuda direito cooperativo, mas julgam com se conhecessem. Para ele, o cooperativismo está nascendo no país. A Lei 5764 já está defasada e o cooperativismo ainda está engatinhando no país, com o judiciário amadurecendo pouco em aspectos cooperativos. Propõe que a UNIMED deveria agir mais no sentido de incentivar cursos de pós-graduação, organizando palestras, encontros para trocas de informações em congresso de magistrados. É evidente que existem contratos abusivos, situações que merecem a interferência do judiciário e, além disto, não são todas as decisões que afrontam o bom direito. É importante que se registre este fato; mas para alguns juízes, como argumenta o entrevistado 1x, tanto faz se existe decisão do Supremo Tribunal Federal pautando um determinado procedimento, ou se o contrato não está sujeito às regras posteriores a ele. Tanto faz o bom senso. O que vai prevalecendo, principalmente em decisões de primeira instância, é a concessão de toda sorte de liminares obrigando os planos a custearem os mais diversos procedimentos, independentemente de estarem expressamente excluídos ou, o que é mais grave, não terem sido deliberadamente contratados pelos consumidores.

De acordo com o entrevistado 1x, parece que parte dos magistrados desconhece que quem efetivamente paga não é a operadora, mas seus segurados, que, no reajuste de seus planos, recebem o rateio da conta da sinistralidade. O entrevistado conclui dizendo que “o que precisa ficar claro é que caridade com o dinheiro do outro não é justiça e, no caso, só serve para esconder produtos que a sociedade necessita”.

*u) Processo de institucionalização*

A influência capitalista exercida pelo mercado sobre a organização faz com que sejam assumidas novas condutas e metodologias que contribuam para sua adequação ao ambiente competitivo do qual ela faz parte. A cooperativa precisa acompanhar este mercado para que seja possível ofertar trabalho e remuneração justa ao cooperado (PASCUCCI *et al.*, 2005). Esta visão é compartilhada por todos os entrevistados, os quais ratificam o entendimento de Rodrigues (2006), de que os processos de institucionalização ocasionados pelo crescimento e pelas demandas dos ambientes externos apontam para a adoção de uma gestão similar a empresas públicas ou privadas. Para o entrevistado 2x, a gestão advém de uma realidade de mercado que nos obriga a buscar resultados, de forma que contemple o entendimento de que as decisões das empresas têm origem em forças sociais e coletivas que afetam a capacidade de exercício da racionalidade instrumental e da otimização de resultados (GRANOVETTER, 1985; BOUDON, 1988; FONSECA; MACHADO DA SILVA, 2001).

A teoria institucional<sup>78</sup>, segundo Scott (2001), compreende que os agentes tomam decisões condicionadas por normas, valores e visões de mundo socialmente predominantes. As organizações em geral precisam obter, para sobreviver e prosperar em seus ambientes sociais, aceitabilidade e credibilidade social. Desta forma, a teoria institucional incorpora, além de explicações de natureza racionalista, elementos teóricos, cognitivos, culturais e interpretativos para a explicação da configuração da realidade social e organizacional. O processo de institucionalização deriva de decisões tomadas por agentes, para os quais as decisões são racionais. Todos os entrevistados concordam que a aceitação de novos cooperados ou gestores oriundos do mercado, sem a ótica cooperativista, acaba por institucionalizar na gestão da cooperativa processos similares aos adotados em empresas mercantis voltadas ao lucro, conforme argumenta Rodrigues (2006).

*v) Fornecedores*

Neste aspecto, os entrevistados focaram suas respostas, principalmente, na forma de atuação da ANVISA, a qual, para o entrevistado 2x, não possui controle sobre a qualidade dos medicamentos ofertados no mercado. Segundo este entrevistado, “temos ciência de inúmeros

---

<sup>78</sup> A abordagem desta teoria não pretende ser mais do que um complemento para esta dissertação, nem pretende entrar no debate que envolve diversas ramificações desta teoria.

medicamentos considerados genéricos que não passam de farinha, sem eficácia alguma”. A mesma opinião é ofertada pelo entrevistado 2y. É consenso entre os entrevistados que a ANVISA deveria funcionar melhor. Para o entrevistado 4y os critérios da ANVISA são muito abrangentes. O mercado só permite medicamentos autorizados pela ANVISA e de fabricação nacional. Se não existirem nacionais é que são autorizados materiais e medicamentos importados. O problema, segundo o entrevistado 2y, é que a única exigência da ANVISA é para que o produto tenha o seu registro. Ao expor que deveria haver um controle maior, o entrevistado argumenta: “por exemplo, quantos medicamentos similares existem que têm o registro, mas sabemos que não funciona? Não há controle e é muito sério”. O entrevistado 1x propõe que o sistema UNIMED tenha uma central de compras para adquirir os materiais e medicamentos solicitados pelos seus cooperados e demais prestadores, o que, segundo ele, acabaria com a intermediação nas compras e, conseqüentemente, das vantagens obtidas por certos profissionais em indicar esse ou aquele material ou medicamento.

*w) Desgaste da imagem do cooperativismo*

Observou-se um padrão de respostas por parte dos entrevistados com relação a esta questão. Todos consideram que há realmente um desgaste da imagem do cooperativismo, algo que está vinculado à superficialidade com que o tema ainda é tratado no Brasil. O entrevistado 2x interpreta este desgaste como um risco para as cooperativas UNIMED; já o entrevistado 4x entende que a sociedade adquire o plano de saúde pela qualidade e não pela natureza jurídica da operadora. Para ele, a imagem é distorcida principalmente sob a ótica do governo. O entrevistado 4y concorda e acrescenta que a sociedade sequer entende o que é cooperativismo.

Chama a atenção a argumentação do entrevistado 2y, segundo o qual o desgaste da imagem das cooperativas UNIMED no mercado é notório. O entrevistado entende que deveria haver uma melhor divulgação da natureza jurídica da UNIMED e de seu funcionamento:

é evidente que se valorizaria mais a cooperativa médica se houvesse uma maior divulgação da essência e seus princípios. Tem de haver a divulgação demonstrando que é uma maneira de oferecer trabalho médico e não visando o lucro. É importante divulgar e nada é feito.

É consenso que este desconhecimento contribui com as más interpretações das cooperativas UNIMED no mercado, seja no julgamento por parte dos clientes, por parte do judiciário ou mesmo do governo quanto à forma de tributá-las. Uma parcela desta culpa pode ser creditada a não aplicabilidade integral do que preceitua o 5º princípio do cooperativismo

(educação, formação e informação), o qual prevê que é dever das cooperativas informar ao público em geral sobre a natureza e as vantagens da cooperação.

*x) O novo Código Civil – Lei 10.406/02*

A promulgação da Lei 10.406, em 2002, instituiu o novo Código Civil (CC) brasileiro, mas não revogou a Lei 5764/71, apenas dedicou quatro artigos ao cooperativismo, contribuindo para sua compreensão. O CC abre um capítulo para as sociedades cooperativas, reguladas pelos artigos 1093, 1094, 1095 e 1096. Não obstante, as cooperativas foram expressamente mencionadas nos artigos 982, 983 e 1159. Como fora especificado no item 3.2.2 desta pesquisa, é princípio de hermenêutica que, quando uma Lei faz remissão a dispositivos de outra Lei da mesma hierarquia, estes se incluem na compreensão daquela, passando a constituir parte integrante de seu contexto. Assim, o regime jurídico das cooperativas exige um meticuloso esforço hermenêutico na superposição do novo Código Civil à ainda vigente Lei 5764/71 (KRUEGER, 2003).

O entendimento dos entrevistados nas duas UNIMED analisadas é que perdeu-se a oportunidade para avançar com o CC, mas ressalta-se a compreensão de que não seria o instrumento para tal. O entrevistado 1y indica que “o cooperativismo deveria ser tratado em Lei especial e não com o código civil”. Para alguns entrevistados o CC não mudou absolutamente nada. Para o entrevistado 3y, “o conceito é de que, a justiça não quer nem saber da lei 9656, e muito menos do Código Civil, ela julga segundo o Código de Defesa do Consumidor, interpretando-o favoravelmente ao consumidor, custe o que custar”. É como se rasgassem os contratos.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Apresentam-se a seguir as conclusões sobre a pesquisa desenvolvida, o reconhecimento de suas limitações, bem como as recomendações para estudos futuros.

Evidencia-se nas duas cooperativas analisadas uma homogeneidade nas respostas, com raras exceções, as quais foram expostas no capítulo anterior. Observa-se que estas cooperativas UNIMED (X e Y) têm apresentado grande crescimento, seja no quantitativo de cooperados ou em seu faturamento; desenvolvendo atividades tipicamente empresariais. Apresentam-se a um grande contingente de médicos como uma alternativa para eliminar a intermediação do trabalho.

Pode-se inferir que os gestores e o corpo jurídico, diferente dos cooperados, se submetem ao paradigma disjuncto-redutor e a racionalidade instrumental, que recorre a critérios de eficiência social e organizacional. Ao se submeterem a este paradigma, eles pensam obedecer aos fatos, à experiência, à lógica, quando na verdade obedecem à ele em primeiro lugar, o que demonstra uma necessidade de desenvolver o conhecimento multidimensional. Há entre os cooperados entrevistados uma percepção das inter-relações da cooperativa, o que pode conduzir a uma racionalidade substantiva, que torna possível uma vida orientada por julgamentos independentes. Situação oposta se observa nos gestores e no corpo jurídico, que vivem conforme as prescrições da sociedade centrada no mercado, o que lhes prejudica a capacidade de regular suas próprias ações como seres humanos livres e o inibem de formar a racionalidade substantiva (GUERREIRO RAMOS, 1981).

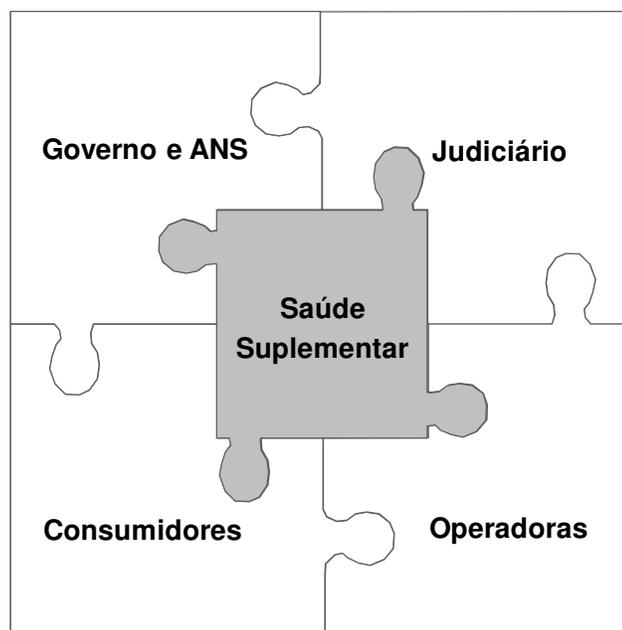
Fica claro nas entrevistas que os gestores e os representantes do departamento jurídico das duas UNIMEDs não consideram vantajoso constituir-se como cooperativa médica no Brasil; ao contrário dos cooperados, que afirmam que sim, o que de certa forma complementa a situação exposta acima. Com as entrevistas, pode-se verificar ainda que não há no sistema UNIMED estadual a cultura de contratação de diretores profissionais (administradores), com raras exceções. A diretoria, na maior parte das UNIMEDs (inclusive nas duas analisadas), é constituída essencialmente de médicos. Com isso, pode-se inferir que possa haver dificuldades em algumas situações, visto que muitos médicos apresentam limitações para lidar com a gestão do negócio, para decidir sobre possíveis investimentos em marketing, dentre outros aspectos.

Quanto à competição no mercado, também pode ser traçada uma divisão entre os respondentes. Parece haver um consenso empresarial para os gestores e o departamento jurídico das UNIMED X e Y quanto ao conceito. Eles vêem apenas a busca por um diferencial de mercado, o que representa, na prática, ter menos competidores e mais clientes cativos, ou seja, busca-se a segurança, não o risco. A “competição” é reduzida à noção de domínio, de eliminação da concorrência. Já os cooperados entrevistados parecem buscar a noção de solidariedade, que está nos princípios cooperativistas, e que remete à noção de capital social, de auto-organização, ou auto-eco-organização. Essa coesão potencial dos cooperados poderia ser uma “vantagem competitiva” caso houvesse de fato cooperação entre os “cooperados”, mas não há evidências claras neste sentido.

Para analisar as cooperativas X e Y, cabe utilizar a afirmação de Morin de que o todo é complexo, o que torna necessário estabelecermos uma análise dialógica para entendermos as partes, que, por sua vez, também são complexas. A relação todo-partes, neste contexto, refere-se à relação cooperativa-cooperados. É preciso considerar que os cooperados são seres humanos, e como tais, constituem-se de suas relações sociais, processos de escolarização, com contradições, ambigüidades, memórias, ou seja, são seres inacabados. Desta forma, ao estabelecermos a comparação dos cooperados como *partes* e cada cooperativa como um *todo*, o princípio hologramático pode ser observado nas duas cooperativas. Assim como o cooperado, ao não participar e não comprometer-se com sua cooperativa, torna-se pouco informado sobre a cooperativa (todo), a cooperativa também torna-se pouco informada sobre as aspirações e sobre a realidade do cooperado (parte). Em ambas as UNIMEDs, os cooperados, vistos como partes, têm potencialmente condições de regenerar o todo (CIURANA, 2007). O conjunto de interações entre esses cooperados vai constituir a organização da cooperativa, o que nos remete ao macroconceito de sistema indicado por Morin (2007), como apontado no tópico 1.1.2.

O setor da saúde suplementar apresenta características que se enquadram nos conceitos de ordem e desordem. As cooperativas analisadas se defrontam com os dois núcleos ligados, os quais foram indicados por Morin (2007): o empírico e o lógico. No empírico percebem-se as desordens, como os eventuais desvios de conduta dos cooperados, as possíveis complicações produzidas, sejam pelos órgãos de defesa do consumidor, seja pela produção de uma nova resolução por parte da ANS, as confusões emanadas do judiciário, dentre outros. Já o núcleo lógico é representado pelas contradições que essas cooperativas devem enfrentar. Esta incerteza criada parece conduzir ao pensamento complexo de Morin, no sentido de aceitarmos o imprevisível.

Dentre os desafios e incertezas a se considerar na saúde suplementar com que as UNIMED analisadas são confrontadas, estão os fatores específicos que condicionam a política pública setorial, como indicam Costa e Ribeiro (2001), como o envelhecimento da população, as doenças crônicas e emergentes, a inovação tecnológica (a qual nem sempre é sinal de redução de custos), a mudança na percepção da necessidade do consumidor (com a crescente demanda por atenção customizada e por alta tecnologia), a autonomia decisória dos médicos (que repercute sobre a estrutura de custos da atenção à saúde) e a ênfase no tratamento intra-hospitalar e em estratégias curativas. Todos esses fatores implicam em custos que conduzem a dilemas e incertezas: ou os cooperados abrem mão de um percentual de seus ganhos para cobrir os gastos, ou os custos serão repassados aos consumidores – o que ocorre com muito mais frequência do que a primeira alternativa. A saúde suplementar atualmente parece representar um jogo complexo, cujas interações e retroações reproduzem o novo paradigma proposto por Morin (2007), que comporta antagonismos e reconhece a incerteza, concebendo a complexidade existente. A figura abaixo não tem a intenção de indicar todas as partes envolvidas na saúde suplementar, apenas a de sugerir uma leitura da complexidade existente no setor.



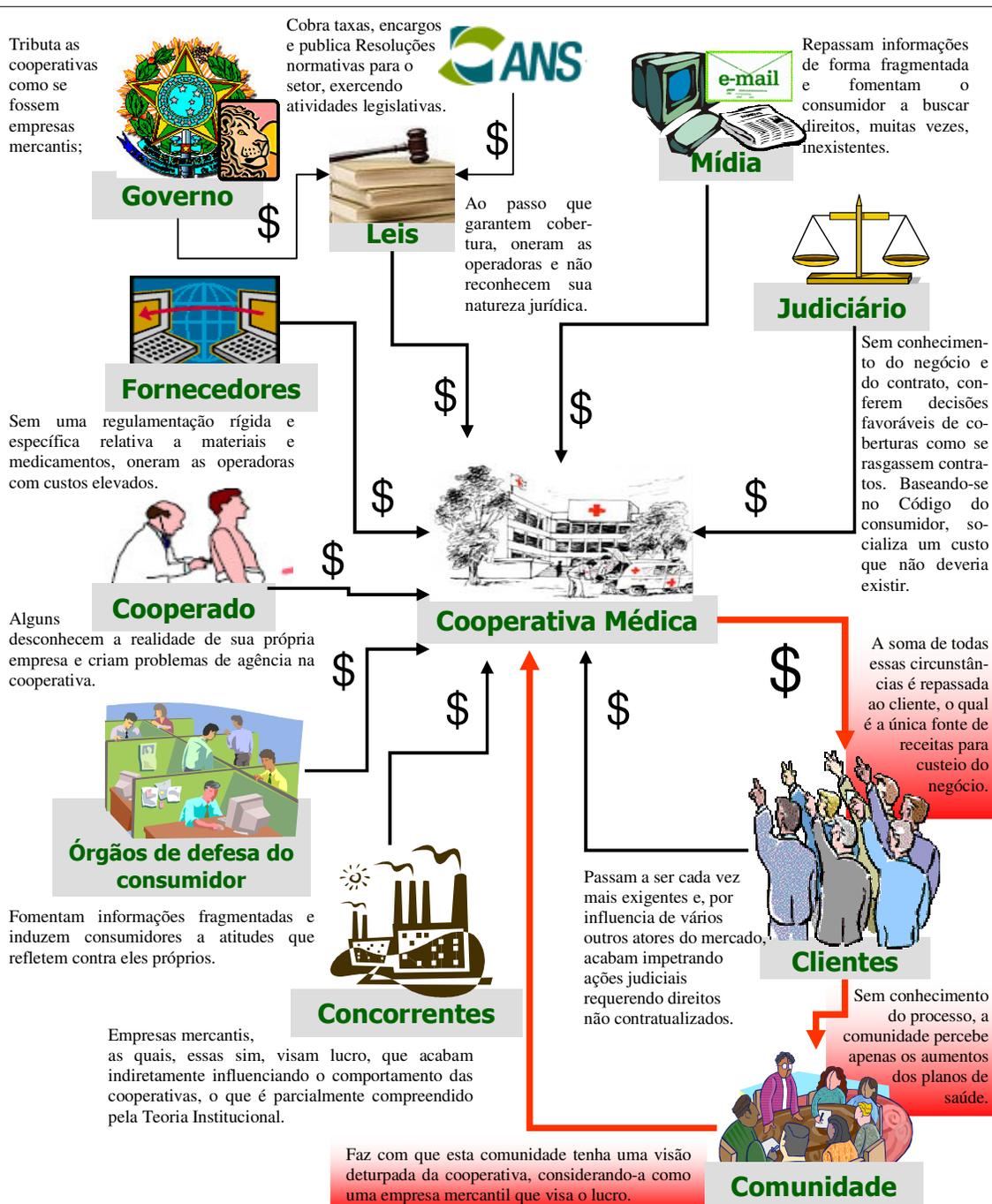
**Figura 16: Complexidade na saúde suplementar**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de sua pesquisa documental e entrevistas na UNIMED “X” e “Y”.

Ambas as cooperativas apresentam uma elevada aptidão para tolerar, integrar e combater a desordem, em um processo de auto-organização contínua, em um ambiente em

constante mudança. Esta conclusão vai ao encontro do que estabelecem Agostinho (2003) e Etkin (2003), de que através das relações cotidianas é construído um processo de ajuste da realidade interna com os imprevistos. Isto nos permite inferir que esta auto-organização permita manter a coesão das atividades e das relações que sustentam as cooperativas, embora tal coesão seja em parte contrariada pela distância entre a maioria dos cooperados e a diretoria. O que deveria causar a desintegração das cooperativas acaba determinando um processo que as reorganiza de uma nova maneira. As UNIMEDs X e Y, apesar de terem questionado a regulamentação em diversos fóruns, como a maioria das outras empresas, ajustou-se às normas, não sem dificuldades e sacrifícios de toda ordem.

Fatores como a) as divergências entre o discurso político a respeito do cooperativismo e os interesses arrecadatórios dos governos; b) os erros de interpretação conceitual muito presentes na cultura popular do País e c) a desinformação que vai desde a base da população até os cooperados – conduzem a uma interpretação muitas vezes equivocada das cooperativas, as quais acabam sendo vistas como forma de burla para não pagamento de impostos; ou como um meio para enriquecimento ilícito (LIMA, 2007). Não obstante, parece evidente que há um desconhecimento generalizado sobre o cooperativismo na sociedade. Parece haver um desinteresse em reconhecer-se a natureza jurídica das cooperativas. A sociedade parece absorver acriticamente regras impostas pela mídia e pelo próprio sistema educacional, o qual se fundamenta nos valores de mercado. Esta constatação vai ao encontro do que diz Paes de Paula (2004), que, concordando com Guerreiro Ramos, atribui à política cognitiva do mercado a prática convencional das organizações. Desta maneira, os cidadãos acabam absorvendo acriticamente as regras impostas, tanto pela mídia sensacionalista quanto pelo sistema educacional. De certa forma, podemos inferir que parte desta situação seja decorrente de uma falha das próprias cooperativas e de seus órgãos de representação, como OCB e OCESC, visto que o 5º princípio do cooperativismo (educação, formação e informação) prevê que as cooperativas devem não só promover a educação e formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores, mas é seu dever informar ao público em geral sobre a natureza e as vantagens da cooperação, conforme o tópico 2.1.3 desse trabalho. As UNIMEDs se vêem nesta situação, potencializada pela complexidade do setor da saúde suplementar e pelas pressões mercadológicas e político-institucionais com as quais se deparam. Na figura abaixo busca-se sintetizar e ilustrar tal situação.



**Figura 17: Pressões mercadológicas e político-institucionais das cooperativas médicas**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de sua pesquisa documental e entrevistas na UNIMED “X” e “Y”.

Considera-se que os três objetivos específicos deste estudo foram alcançados, apesar das limitações apresentadas. Pode-se inferir que as UNIMED X e Y apresentam ainda mais dilemas do que os apresentados pela pesquisa documental, haja vista a regulamentação da saúde suplementar. Em síntese, dentre os tópicos destacados, o quadro abaixo identifica os

seguintes pontos que podem ser considerados dilemas diante dos quais se deparam as duas cooperativas UNIMEDs em Santa Catarina:

Conflitos de interesse	Distanciamento entre diretoria-cooperados	Limitação de recursos	Lei 9656
Disputas pelo poder	Pressões do mercado	Abertura econômica	Custo da tecnologia na medicina
Modelo brasileiro de assistência à saúde	Múltipla identidade do cooperado	Desconhecimento da doutrina cooperativista	Mídia sensacionalista
Baixa participação	Ausência de padrão de Informatização	Educação cooperativista	Órgãos de defesa do consumidor
Centralização	Defasagem da Lei 5764	Dupla militância	Judiciário
Falta de comprometimento	Ausência da definição do conceito de ato médico	Dificuldades de agendamento médico	Fornecedores
Comunicação ineficaz	Processo decisório complexo	Governo e ANS	Desgaste da imagem

**Quadro 24: Dilemas das cooperativas UNIMED X e Y**

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de sua pesquisa documental e entrevistas nas duas UNIMED.

Todos os entrevistados consideram a forma de atuação da mídia, de modo geral, como fonte de possíveis dilemas para as cooperativas. Eles a consideram como prestadora de um desserviço à sociedade ao repassar informações fragmentadas e induzir os consumidores a buscar nas esferas judiciais alguns direitos inexistentes. Entretanto, como destacado no capítulo anterior, é preciso reconhecer que a responsabilidade da interpretação do leitor ou do telespectador não pode ser desprezada. Da mesma forma, os responsáveis pela mídia não têm conhecimento dos detalhes jurídicos que envolvem a saúde suplementar – o que também ocorre com juristas. Isto, de certa forma, atenua uma possível “culpa” da mídia. Mas, com as respostas obtidas, pode-se inferir que a maior parte das notícias veiculadas sobre a saúde suplementar aparece com um tom prescritivo que se sobrepõe ao informativo, o que se torna um problema. Nesse sentido, a mídia sensacionalista é que deve ser questionada e, também, aqueles que se utilizam dela para deturpar a própria legislação, como, por exemplo, os advogados dos órgãos de defesa do consumidor, que induzem os consumidores a buscar na esfera judicial reconhecimento de benefícios além do previsto, como se os custos não recaíssem sobre os próprios consumidores. Parece haver uma síndrome comportamentalista (GUERREIRO RAMOS, 1981), como abordado no tópico 2.1.3, cujos padrões cognitivos são interiorizados pelos indivíduos, que absorvem de forma acrítica as regras impostas pela mídia.

Além dos pontos destacados, cabe ressaltar que o *individualismo*, a *concorrência* e o *processo de institucionalização* podem vir a se tornar problemas para as cooperativas médicas UNIMED, ainda que não se possa caracterizá-los como tais com a presente pesquisa. Embora

a concorrência possa ser identificada como um risco é unânime a percepção dos entrevistados de que também pode ser salutar. Quanto ao individualismo, ainda que se possa correlacioná-lo com o problema identificado como falta de comprometimento por parte da maioria dos cooperados médicos, não deve ser apenas avaliado em seu aspecto pejorativo, não cabendo no momento identificá-lo como um problema das cooperativas analisadas.

Dentre os pontos destacados, é oportuno registrar que não foram identificados problemas relativos à *baixa qualificação* nas duas unidades avaliadas. Da mesma forma, os *princípios cooperativistas* não podem ser classificados como dilemas, ainda que a valorização de todos os princípios seja um desafio constante nas cooperativas. Ficou clara a preocupação das duas UNIMEDs quanto à valorização destes. O novo Código Civil, por sua vez, não foi considerado por nenhum dos entrevistados como passível de produzir qualquer tipo de viés para as cooperativas UNIMED. O maior problema está na forma de interpretação do Código de Defesa do Consumidor.

Parece haver um consenso entre todos os respondentes de que a legislação do cooperativismo brasileiro encontra-se defasada e é fonte de problemas para a gestão das cooperativas médicas. Nas duas UNIMEDs estudadas ficam claras as dificuldades decorrentes da legislação, e, principalmente, pelo advento da Lei 9656/98, que regulamenta o setor da saúde suplementar no país, e suas implicações. Por outro lado, cabe a ressalva de que é possível melhorar a Lei atual, sem a necessidade de substituí-la por completo. Ainda falta uma regulamentação do texto Constitucional para inúmeros aspectos; um destaque cabe à falta de uma legislação que estabeleça com clareza os critérios para a incidência da tributação ao ato cooperado. Cabe registrar ainda a conclusão de Perius (2001) sobre este aspecto: ele afirma que, em decorrência disso, o fisco não tem demonstrado a sensibilidade e muito menos o interesse necessário para compreender as empresas cooperativas, tributando-as como empresas mercantis. A interpretação dos entrevistados nos permite inferir que as mudanças na legislação não ocorrem em razão de disputas políticas e ideológicas. É evidente a falta de representatividade do cooperativismo médico. Os principais ramos do cooperativismo têm representantes na FRENCOOP, por exemplo; entretanto, as cooperativas médicas não.

É oportuno o registro, na história da regulamentação da saúde suplementar, de que com as ações na área da saúde que privilegiam a medicina curativa e de caráter assistencialista, o governo federal não consegue atender à demanda crescente da população. Além disso, com a regulamentação do setor de seguro saúde na década de 60, houve um desequilíbrio entre os preços do seguro saúde, que se tornaram mais caros, e das empresas de medicina de grupo, as quais não se enquadravam nesta regulamentação e acabaram por

mercantilizar a medicina. Foi justamente em contraposição a esta mercantilização que surgiram as UNIMEDs. A partir da Constituição de 1988, com a criação do SUS e a universalização da obrigação do Estado e o direito do cidadão, agravou a situação do financiamento da saúde pelo governo, pois os recursos permaneciam escassos. May (1996) indica que a situação tornava prioritário para praticamente todos os ministros do Ministério da Saúde assegurar o suprimento de recursos através de impostos não declaratórios e específicos. É neste ponto que entra a regulamentação da saúde suplementar. A desigualdade de obrigações legais entre seguradoras, reguladas pela SUSEP, e demais empresas de saúde no mercado, motivou, em 1992, a FENASEG a iniciar uma manifestação consensual das seguradoras por uma série de demandas e propostas ao Governo, o que resultaria na regulamentação de todo o setor de saúde privada através da Lei n.º 9656/98 (FONSECA, 2004). Com a regulamentação do setor da saúde suplementar, baseada no setor securitário, o governo busca o suprimento de recursos através de impostos não declaratórios e específicos, como indicado por May (1996), introduzindo na regulamentação o ressarcimento ao SUS, a taxa de saúde suplementar, a desoneração do Estado com o aumento de coberturas assistenciais obrigatórias, dentre outros, destacados neste trabalho.

Ao tempo que a regulamentação foi benéfica por dar garantias aos consumidores e eliminar concorrentes desleais no mercado, aumentou sobremaneira os encargos e os custos para as operadoras, o que acabou por elitizar a saúde suplementar. Ainda neste sentido, é oportuno o registro de que o modelo assistencialista brasileiro contribui para o aumento dos custos na saúde. A medicina brasileira é essencialmente focada na especialidade médica. Com o avanço da tecnologia, os médicos solicitam mais exames específicos no sentido de buscar um diagnóstico mais preciso, o que repercute sobremaneira no custo dessa tecnologia. Antigamente, segundo relatos dos próprios entrevistados, para diagnosticar algo se pedia um raio-x (que custa aproximadamente R\$ 20,00); hoje se pede uma ou mais tomografias (que podem chegar a mais de R\$ 800,00 cada uma). Ao invés de valorizar o ato médico, valoriza-se o dono do tomógrafo (máquina), o qual nem sempre é o médico.

Fica evidente que as decisões do judiciário, estendendo as obrigações contratuais, vêm onerando as operadoras, visto que os custos assistenciais não estão embutidos nos cálculos atuariais dos planos de saúde. Com base no Código de Defesa do Consumidor (CDC), ampliam-se as coberturas contratualmente asseguradas, inclusive estendendo coberturas determinadas pela Lei 9656 a contratos firmados anterior a sua vigência. O CDC deveria ser substituído pela Lei 9656 e o judiciário deveria levar em conta aspectos técnicos e legais; mas as respostas obtidas nos levam a deduzir que isso realmente não ocorre. Caso a

cobertura não tenha sido contratada, a responsabilidade pela assistência deveria recair sobre o Estado, o qual dispõe de uma obrigação constitucional. É evidente que existem contratos abusivos, situações que merecem a interferência do judiciário e, além disto, não são todas as decisões que afrontam o bom direito. Entretanto, cresce a cada ano as demandas judiciais contra as operadoras e o que vai prevalecendo, principalmente em decisões de primeira instância, é a concessão de liminares obrigando os planos a custearem procedimentos, independentemente de estarem expressamente excluídos ou não terem sido deliberadamente contratados pelos consumidores. Um aspecto que chama a atenção é o fato de o Código Civil pouco contribuir para o cooperativismo, ainda que no entendimento dos entrevistados não fosse o instrumento para tal, visto que o cooperativismo dispõe de lei própria. O entendimento dos entrevistados é de que a justiça não quer saber da Lei 9656, muito menos do Código Civil. O que prevalece é realmente o Código de Defesa do Consumidor.

Para que haja a possibilidade de expressão da racionalidade substantiva pelos cooperados é necessário que as cooperativas satisfaçam as condições de isonomia e fenonomia. Nesse sentido, as cooperativas deveriam superar o caráter meramente econômico, reconhecer e promover suas dimensões isonômicas e fenonômicas. Entretanto, pode-se inferir, pelas respostas dos entrevistados, que a racionalidade substantiva só tem espaço no interior das cooperativas, e ainda assim de forma bastante limitada, já que a distância entre diretoria e a maioria dos cooperados tem impedido uma transformação efetiva no sentido da isonomia e da fenonomia. No que se refere às relações da cooperativa com os clientes e demais atores sociais externos a elas, a ênfase continua sendo dada à razão instrumental, inclusive como forma de autopreservação.

Buscando-se uma correlação com as categorias delimitadoras de Guerreiro Ramos fica claro que as cooperativas UNIMED “X” e “Y” apresentam mais características de economia do que isonomia em sua orientação comunitária. Desenvolvem atividades de sentido empresarial no mercado, donde o cliente tem influência direta ou indireta na execução dessas atividades; e sua sobrevivência está condicionada à eficiência com que presta serviços a esse cliente. As respostas obtidas não nos permitem concluir que os cooperados desempenham atividades compensadoras, promovidas como vocações e não como empregos. Ainda que alguns cooperados indiquem que os dirigentes são eleitos por deliberação de todos, por meio de assembléias em que cada cooperado tem direito a um único voto, não se pode omitir a realidade pesquisada. Isto é apenas o que está no papel. Na realidade, pode-se inferir que há uma relação vertical, ao invés de horizontal, em que uma minoria manda nas cooperativas. O paradoxo é que o direito e o contrato apontam no sentido da horizontalidade, enquanto as

interações simbólicas efetivas apontam em sentido contrário, reproduzindo as formas de gestão convencionais, o que parece mais coerente com o paradigma da complexidade. O grande número de cooperados nas duas UNIMEDs analisadas dificulta o desenvolvimento de relacionamentos secundários, com a prevalência de relações interpessoais primárias entre os cooperados. De acordo com Serafim (2001), sem os contatos face-a-face, o enclave isonômico acaba prejudicado, prevalecendo o econômico, e é exatamente o que ocorre com as duas UNIMEDs analisadas.

### **Limitações**

É preciso admitir que a observação direta em assembléias fez falta para uma conclusão mais efetiva. O uso da técnica de *focus group* seria complementar ao que foi feito, talvez permitindo um melhor conhecimento da cultura das duas UNIMEDs. O conhecimento das idéias dos cooperados ficou limitado a uns poucos entrevistados, devido à falta de tempo para uma abordagem mais extensa; as demais limitações foram expostas no subitem 1.2.5., na página 46 deste trabalho.

### **Recomendações**

É relevante aprofundar o estudo acerca da possibilidade de existirem isenções fiscais, por parte do governo, em troca de investimentos em infra-estrutura das operadoras. Esta possibilidade já pode ser evidenciada na UNIMED Y analisada. O governo é o principal interessado no desenvolvimento das operadoras, as quais podem ser vistas como forma de desonerar o SUS.

É importante, como continuidade deste tema, um estudo voltado à identificação dos cooperados que apresentem uma baixa participação em suas cooperativas, de forma a verificar seus aspectos motivacionais, abordando-os como seres multidimensionais.

É oportuno um estudo específico para avaliar a viabilidade de uma possível abertura de capital das cooperativas UNIMED através do complexo empresarial cooperativo UNIMED e suas diversificações.

Uma possibilidade de estudo, frente à forte evidência nesse trabalho de que o uso do Código de Defesa do Consumidor tornou-se uma fonte de controvérsias para a saúde suplementar, seria uma análise específica do impacto, no setor saúde, produzido pelas decisões judiciais pautadas nesse documento.

Sugere-se, ainda, um estudo comparativo do modelo adotado pela OCB (que é autocentrado e parece visar sua própria autonomia, sobrepondo-se às realidades específicas das cooperativas) com modelos aplicados em países com tradição cooperativista mais consistente.

Outra pesquisa poderia ser realizada sob a forma de estudo multicaso, envolvendo as cooperativas médicas existentes em outro estado, ou singulares prestadoras do estado de Santa Catarina, aplicando-se a metodologia qualitativa em maior extensão e profundidade do que a que foi possível nesse estudo – e se possível também agregar-se a esta o recurso da metodologia quantitativa.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO (ABRAMGE). Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/>>. Acessado em: out. 2007.

AGOSTINHO, M. E. **Complexidade e organizações**: em busca da gestão autônoma. São Paulo: Atlas, 2003.

AGUIAR, A. C. **Percepções de pesquisadores sobre atividades cooperativas de pesquisa e desenvolvimento**: uma análise com base na teoria institucional. XXVIII EnANPAD. *Anais...* Curitiba: ANPAD, 2004.

ANS 1. **Dúvidas das operadoras**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/portal/site/duvidas/index.asp?secao=Operadoras&perfil=2&topico=14013&subtopico=14029>. Acessado em 27/09/2007.

ANS 2. **Resoluções Normativas**. Garantias financeiras e ativos garantidores. Disponível em <[http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia\\_24885.asp?secao=Operadoras](http://www.ans.gov.br/portalv4/site/noticias/noticia_24885.asp?secao=Operadoras)>. Acessado em 27/09/2007.

ANS 3. **O impacto das ações da ANS no mercado operador**. Disponível em [http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum\\_saude/forum\\_bibliografias/documentostecnicos/E Aregulacaodomercado/CidMansoImpactoMercadoOperador.ppt.>](http://www.ans.gov.br/portal/upload/forum_saude/forum_bibliografias/documentostecnicos/E Aregulacaodomercado/CidMansoImpactoMercadoOperador.ppt.>). Acessado em 27/09/2007.

AKTOUF, O. **A administração entre a tradição e a renovação**. São Paulo: Atlas, 1996.

ANDION, C; SERVA, M. **Uma delimitação do campo da economia social no Brasil**: Histórias, correntes e atores. XXX EnANPAD. *Anais...* Salvador: ANPAD, 2006.

ANDRADE, M. M. de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**. 3. ed. São Paulo, 1999.

ANTONIALLI, L. M; FISCHMANN, A. A; SOUKI, G. Q. **Continuidade ou descontinuidade das estratégias**: um estudo sobre a influência da eleição dos dirigentes em cooperativas agropecuárias. XXVII EnANPAD. *Anais...* Atibaia: ANPAD, 2003.

BARREIROS, R. F; PROTIL, R. M; MOREIRA, V. R. **Caracterização da natureza do processo decisório em nível estratégico nas cooperativas agroindustriais do Estado do Paraná.** XXIX EnANPAD *Anais...*Brasília: ANPAD, 2005.

BASTOS, C. R. **Curso de direito constitucional.** 18. Ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

BEGNIS, H. S. M; PEDROZO, E. A; VANIA, F. B. E. **Cooperação enquanto estratégia segundo diferentes perspectivas teóricas.** XXIX EnANPAD *Anais...*Brasília: ANPAD, 2005.

BENKIRANE, R. (org.) Paris: *Le Pommier*, 2003. 419 p. **Revista das Sociologias.** Porto Alegre, ano 8, nº 15, jan/jun 2006, p. 378-383.

BIALOSKORSKY NETO, S. Estratégias e cooperativas agropecuárias: um ensaio analítico. 2001. **Seminário de Políticas Econômicas em Cooperativismo e Agronegócio da UFV.** 2002.

BOEIRA, S. L. **Paradigma da complexidade, teorias, ideologias e doutrinas.** Material didático, 2007.

BOEIRA, S. L. **Características básicas dos paradigmas positivista, fenomenológico e da complexidade.** Quadro didático, 2007

BOEIRA, S. L.; VIEIRA, P. F. Estudos organizacionais: dilemas paradigmáticos e abertura interdisciplinar. In: GODOI, C.; BANDEIRA-DE-MELLO; SILVA, A. B. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** São Paulo: Saraiva, 2006.

BOUDON, R. *Limitations of rational choice theory.* **American Journal of Sociology**, v. 104, n. 3, p. 817-828, 1998.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. LEI 5.764 de 16/12/1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, Institui o Regime Jurídico das Sociedades Cooperativas, e dá outras Providências. Disponível em <<http://www.brasilcooperativo.com.br/Portals/0/documentos/Assessoria%20Jurídica/Lei%20Coperativista%20-%20%20lei%205764.71.pdf>>. Acessado em set.2007.

BRASIL. LEI 9656/98. Dispõe sobre os planos e seguros de assistência à saúde. Disponível em <[http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao\\_integra.asp?id=9&id\\_original=455](http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=9&id_original=455)>. Acessado em 27/09/2007.

BRESSAN, V. G. F; BRAGA, M. J; BRESSAN, A. A. **Análise do risco de insolvência pelo modelo Cox**: uma aplicação nas cooperativas de Crédito Rural do Estado de Minas Gerais. XXVII EnANPAD. *Anais...* Atibaia: ANPAD, 2003.

BULGARELLI, W. **Regime jurídico das sociedades cooperativas**. São Paulo: PIONEIRA, 1965.

CANÇADO, A. C. **Para a apreensão de um conceito de cooperativa popular**. XXIX EnANPAD *Anais...* Brasília: ANPAD, 2005.

CARRADORE, E. A. **Sociedades cooperativas e imposto sobre a renda**. Florianópolis: OAB/SC, 2005.

CASTRO, J. C. da R. de. **Processo de adaptação estratégica**: O caso da Unimed de Florianópolis no período de 1982 a 2002. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

CASTROGEOVANI, A. C. **A geografia do espaço turístico como construção complexa da comunicação**. Tese de Doutorado em comunicação social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

CAVALCANTI, M. (Org). **Gestão social, estratégias e parcerias**: redescobrimo a essência da administração brasileira de comunidades para o terceiro setor. São Paulo: Saraiva, 2006.

CIURANA, E. R. *Una antropología compleja para entrar en el siglo XXI. Claves de comprensión*. Disponível em: <http://www.iecomplex.com.br/textos/antcomp.htm>. Acessado em 30/11/2007.

COAMO – AGROINDUSTRIAL COOPERATIVA. **Ramos no Brasil**. Disponível em: <http://www.coamo.com.br/cooprepresentacao.html>. Acessado em set. 2007.

COSTA, R. C.; RIBEIRO, J. M. A política regulatória e o setor saúde: nota sobre o caso brasileiro. **Simpósio Regulamentação dos Planos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 22-35.

CRUBELLATE, J. M.; GRAVE, P. S.; MENDES, A. A. A questão institucional e suas implicações para o pensamento estratégico. **Revista de Administração Contemporânea**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 2004, p. 37-60.

CRÚZIO, H. **Como organizar e administrar uma cooperativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

DALFIOR, S. R. **Novas relações de trabalho**: cooperativas de especialidade médica versus hospital público. XXVII EnANPAD. *Anais...* Atibaia: ANPAD, 2003.

DAMKE, E. J; PEREIRA, H. J. **Estratégias de relacionamento e a gestão da lealdade em instituições financeiras**: um estudo empírico em uma grande cooperativa de crédito rural. XXVIII EnANPAD. *Anais...*Curitiba: ANPAD, 2004.

DEEKE, R. T.; SIQUEIRA, M. BOEIRA, S. L. **Indicadores e dilemas na abordagem do cooperativismo**: um estudo exploratório em Santa Catarina. Anais (CD-Rom) do Congresso Virtual Brasileiro de Administração (CONVIBRA), em dezembro de 2007.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DOMINGUES, I. **Epistemologia das ciências humanas**. Tomo 1: positivismo e hermenêutica. Durkheim e Weber. São Paulo: Loyola, 2004.

EASTERBY-SMITH, M.; THORPE, R.; LOWE, A. **Pesquisa gerencial em administração**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ESTIVALETE, V. F. B; KARAWEJCZYK, T. C; BEGNIS, H. S. M. **O desenvolvimento dos gestores e os estilos de aprendizagem em uma perspectiva de aprendizagem organizacional**. XXIX EnANPAD *Anais...*Brasília: ANPAD, 2005.

ESTIVALETE, V. F. B; LÖBLER, M. L. **Repensando o processo de aprendizagem no agronegócio**: um estudo de caso realizado numa cooperativa destaque em qualidade no Rio Grande do Sul. XXVII EnANPAD. *Anais...* Atibaia: ANPAD, 2003.

ETKIN, J.; SCHVARSTEIN, L. **Identidad de las organizaciones: invariancia y cambio**. 6. ed. Buenos Aires: Paidós, 2005.

ETKIN, J. **Gestion de la complejidad en las organizaciones. La estrategia frente a lo imprevisto e y lo impensado**. México: Oxford University Press, 2003.

FERREIRA, M. A. M.; BRAGA, M. J. **Abordagem de grupos estratégicos na análise da eficiência das sociedades cooperativas na indústria de laticínios brasileira.** XXX EnANPAD. *Anais...* Salvador: ANPAD, 2006.

FRANÇA FILHO, G.; LAVILLE, J.L.. **A economia solidária: uma abordagem internacional.** Porto Alegre: UFRGS, 2004.

FRANKE, W. **Direito das sociedades cooperativas.** São Paulo: Saraiva: 1973.

FURQUIM, M. **A cooperativa como alternativa de trabalho.** São Paulo: LTr, 2001.

FONSECA, V.S.; MACHADO-DA-SILVA, C.L. **Indivíduo, organização e ambiente: bases para conversação entre três perspectivas de estudo da estratégia em organizações.** 25º ENANPAD, (2001, Campinas). Anais ... Rio de Janeiro: ANPAD, 2001. 1 CD-ROM.

FONSECA, A. L. da. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil.** Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado Profissionalizante em Regulação de Saúde Suplementar. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Rio de Janeiro, 2 de abril de 2004.

GAWLAK, A.; RATZKE, F. A. **Cooperativismo: filosofia de vida para um mundo melhor.** Curitiba: Sescop/Pr-Ocepar, 2001.

GODOI, C. K. SILVA, A. B. da. MELLO, R. B. de. (org) **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** São Paulo: Saraiva, 2006.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer uma pesquisa qualitativa em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Record, 2000.

GRANOVETTER, M. *Economic action and social structure: the problem of embeddedness.* American Journal of Sociology, v. 91, n. 3, p. 481-510, 1985.

GUERREIRO RAMOS, A. **A nova ciência das organizações.** Rio de Janeiro: FGV, 1981.

GUERREIRO RAMOS, A. *Modelos de homem e teoria administrativa.* **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, abr./jun. 1984, p. 3-12.

HUNGER, J. D. e WHEELLEN, T. L. **Gestão estratégica:** princípios e práticas. Rio de Janeiro. Reichmann & Affonso Editores, 2002. 272p.

IRIGARAY, H. A. R; PINTO, S. R. R. **Manda quem pode, obedece quem quer:** Respostas estratégicas de uma cooperativa popular. XXX EnANPAD. *Anais...* Salvador: ANPAD, 2006.

IRION, J. E. O. **Fale como dono:** cooperativismo médico *UNIMED*. São Paulo/SP. Cartaz, 1994.

IRION, J. E. **Cooperativismo e economia social.** São Paulo. STS, 1997.

JERÔNIMO, F. B; MACHADO, M. Y. O. T; MARASCHIN, A. F. **A gestão estratégica das sociedades cooperativas no cenário concorrencial do agronegócio brasileiro:** um estudo de caso em uma cooperativa agropecuária gaúcha. XXVIII EnANPAD. *Anais...* Curitiba: ANPAD, 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P; TREZ, A. P. **O capital social e a sobrevivência das cooperativas de trabalho.** XXVIII EnANPAD. *Anais...* Curitiba: ANPAD, 2004.

KRUEGER, G. **Cooperativismo e o novo Código Civil.** Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas.** 8.ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

KUMSCHLIES, M. C.G; CRISPIM, S. **Fatores de competitividade no varejo de auto-serviço:** um estudo de caso na COOP: a maior cooperativa de Consumo na América Latina. XXVII EnANPAD. *Anais...* Atibaia: ANPAD, 2003.

KUPFER, D; HASENCLEVER, L. (org.). **Economia industrial:** fundamentos teóricos e práticas no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

LARRAÑAGA, J. *El Cooperativismo de Mondragón, interioridades de una utopia.* Aretxabaleta : Azatza, DL 1998.

LIMA NETO, A. **Cooperativas de trabalho.** Intermediação de mão-de-obra e subtração de direitos dos trabalhadores. Curitiba: Juruá, 2004.

LIMA, E.C. P. **Privatização e desempenho econômico**: teoria e evidência empírica. IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) Brasília, nº.532, 1997.

LOETZ, C. OCESC audita e exclui 77 cooperativas. **A Notícia**, 04 de dezembro de 2002.

LOZANO, J. *A História oral y de vida: Del recurso Técnico a la experiencia de Investigación*. In: CÁCERES, L. J. G. (coord.) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y cominucación*. México: Prentice Hall, 1998.

LUCCHESI, E.P.; FAMÁ, R. **A prática da remuneração de executivos no Brasil**: uma abordagem sobre a teoria de agência. ENEO, 2004.

LUIZ DA SILVA, C.; LOURENÇO, M. S; SALANEK, P. F. **Capital social e cooperativismo no processo de desenvolvimento sustentável local**: teorias e aplicações ao caso da cooperativa Bom Jesus – Lapa/PR. XXX EnANPAD. *Anais...*Salvador: ANPAD, 2006.

MACHADO, L. S. F. e LEITE, F. T. **Gestão participativa nas cooperativas agropecuárias do Estado do Ceará**. ENANPAD – ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 26. 2002, Salvador. *Anais...* Salvador: ANPAD, 2002.

MACHADO FILHO, C. A. P.; MARINO, M. K.; CONEJERO, M. A. Gestão estratégica em cooperativas agroindustriais. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v. 11, nº 2, p. 61-69, abril/junho 2004.

MACPHERSON, I. **Princípios cooperativos para o século XXI**. OCESC/SESCOOP, 2003.

MADRUGA, L. R. R. G; VENTURINI, J. C; FAGAN, S. **Gestão estratégica de pessoas, diversidade e sustentabilidade**: o entrelaçamento teórico-empírico visualizado na CAMNPAL/RS. XXX EnANPAD. *Anais...*Salvador: ANPAD, 2006.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS FILHO, I.; SALABERRY FILHO, M. (Coord.) **Cooperativas de trabalho**: anais do seminário. São Paulo: LTr, 2004.

MARTINS, S. **Cooperativas de trabalho**. São Paulo: Atlas, 2003.

MAY, N. L. **Pelos (des)caminhos da medicina assistencial brasileira:** crônicas e perspectivas. Porto Alegre: Uni-Prom, 1996.

MEURER, S.; MARCON, R. **Cooperativas e teoria da agência:** uma discussão. UNIVALI 2006.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1993.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, D. A.. **O método fenomenológico na pesquisa.** São Paulo: Pioneira, 2002.

MOREIRA, M. V. C; AMORIM, M. A. **Um modelo de tecnologia social de mobilização para arranjos produtivos locais:** uma proposta de aplicabilidade. XXVIII EnANPAD. *Anais...*Curitiba: ANPAD, 2004.

MORGAN, G. **Images of organization.** California: Sage, 1986.

MORIN, E. **Para sair do século XX.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

\_\_\_\_\_. O método IV. **As idéias:** a sua natureza, vida, *habitat* e organização. Publicações Europa-América, 1991.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo.** Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência.** 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2007.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E.; LE MOIGNE, J-L. **A inteligência da complexidade.** Peirópolis: São Paulo, 2000.

MORIN, E; CIURANA, E.; MOTTA, R. **Educar na era planetária**: o pensamento complexo como método de Aprendizagem no erro e na incerteza humana. São Paulo: Cortez, 2003.

MOURA, M. S. S; MEIRA, L. **Impactos de organizações cooperativas sobre o desenvolvimento local**: o caso das ostreiculturas comunitárias em Ponta dos Mangues/SC. XXVII EnANPAD. *Anais...* Atibaia: ANPAD, 2003.

NEVES, M. F.; ZYLBERSZTAJN, D.; NEVES, E. M. **Agronegócio do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS (OCB). Disponível em: <http://www.brasilcooperativo.com.br/>. Acessado em set. 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA (OCESC). Boletim 1.245 de 11/12/2007. Disponível em < [http://www.ocesc.org.br/area\\_tecnica/informativos\\_ver.php?id\\_informativo=400](http://www.ocesc.org.br/area_tecnica/informativos_ver.php?id_informativo=400)>. Acessado em 11/12/2007.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA (OCESC). Boletim 1.255 de 15/01/2008. Disponível em < [http://www.ocesc.org.br/area\\_tecnica/informativos\\_ver.php?id\\_informativo=411](http://www.ocesc.org.br/area_tecnica/informativos_ver.php?id_informativo=411)>. Acessado em 15/01/2008.

ODA, N. T. **Gestão e trabalho em cooperativas de produção**: dilemas e alternativas à participação. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, D. P. R. de. **Manual de gestão das cooperativas**: uma abordagem prática. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

OTTA, H. **O impacto da utilização do cartão magnético da cooperativa de trabalho médico**: um estudo de caso. UFSC, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2003.

PADULA, M. **Relações públicas no cooperativismo médico**. Estudo do caso Unimed.– Piracicaba: 2006.

PAES DE PAULA, A. P. **Guerreiro Ramos**: resgatando o pensamento de um sociólogo crítico das organizações. In: Anais (CD-ROM) do III ENEO 2004 (Encontro Nacional de Estudos Organizacionais), Atibaia, de 6 a 8 de junho, 2004.

PASCUCCI, L. M; ROCHA, E. E. R; CASTRO, S. C. **As organizações cooperativas e o mercado – o caso de uma cooperativa de trabalho.** XXIX EnANPAD Anais...Brasília: ANPAD, 2005.

PASCUCCI, L; CRUBELLATE, J. M; GRAVE, P. S. **Ambiente institucional, recursos e comportamento estratégico: o estudo da verticalização de negócios em uma unidade regional da UNIMED.** XXX EnANPAD. Anais...Salvador: ANPAD, 2006.

PAZ, C. C; FROEMMING, L. S. **As cooperativas agrícolas e o dilema da responsabilidade social e o resultado econômico no mundo dos transgênicos.** XXX EnANPAD. Anais...Salvador: ANPAD, 2006.

PEREIRA, B. A. D; PEDROZO, E. A. **Empreendedorismo coletivo é possível? Uma análise do processo de constituição de relacionamentos cooperativos em rede.** XXIX EnANPAD Anais...Brasília: ANPAD, 2005.

PERIUS, V. F. **Cooperativismo e lei.** São Leopoldo: UNISINOS, 2001.

PETITFILS, J. C. Os socialismos utópicos. Tradução de Waltensir Dutra. São Paulo: Círculo do Livro, s/d. Título do original: *Les socialismes utopiques. Presses Universitaires de France*, 1977.

PICCININI, V. C; GUIMARÃES, V. N; OLIVEIRA, S. R; KOROSUE, A. **Cooperativas de trabalho: forma de autogestão ou flexibilização precarizada?** XXVII EnANPAD. Anais...Atibaia: ANPAD, 2003.

PINHO, D. B. **O cooperativismo no Brasil.** Da vertente pioneira à vertente solidária. São Paulo: Saraiva, 2004.

\_\_\_\_\_. Manual de cooperativismo. V. I. **O pensamento cooperativo e o cooperativismo brasileiro.** São Paulo/SP. CNPq, 1982 a.

PINTO, S. R. R; IRIGARAY, H. A. R; SILVA, R. C. F. **Tu me “ensina” a fazer renda, eu te ensino a trabalhar:** a organização do trabalho de uma cooperativa popular. XXX EnANPAD. Anais...Salvador: ANPAD, 2006.

PLURALL 1. **As sentenças oneram os planos de assistência à saúde.** Disponível em <<http://www.plurall.com.br:80/comunicacao/?area=noticias&secao=noticias&view=getnoticias&chave=1494&tipo=N>>. Acessado em 01.10.2007.

PLURALL 2. **Tem tudo para acabar mal.** Disponível em <<http://www.plurall.com.br/comunicacao/?area=noticias&secao=noticias&view=getnoticias&chave=1677&tipo=N>>. Acessado em 24.09.2007.

PLURALL 3. **A perfeita desordem. Ilegalidade da tabela TUNEP da ANS.** Disponível em <<http://www.plurall.com.br/comunicacao/?area=noticias&secao=noticias&view=getnoticias&chave=2197&tipo=N>>. Acessado em 17.01.2008.

PLURALL 4. **Portabilidade nos planos de saúde.** Disponível em <http://www.plurall.com.br/comunicacao/?area=noticias&secao=noticias&view=getnoticias&chave=2109&tipo=N>. Acessado em 23/12/2007.

POLONIO, W. A. **Manual das sociedades cooperativas.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PORTAL DO COOPERATIVISMO. **A estrutura do cooperativismo.** Disponível em: [http://www.portaldocooperativismo.org.br/sescoop/cooperativismo/estrutura\\_cooperativismo.asp](http://www.portaldocooperativismo.org.br/sescoop/cooperativismo/estrutura_cooperativismo.asp). Acessado em set. 2007.

POTTER. *Discourse Analysis*. In: HARDY, M. Ad BRYMAN, A. *Handbook of data analysis*. London: Sage Publications, 2004.

PORTELA, R. **O novo Código Civil: Lei 10.406 de 2002.** Rio de Janeiro: Folha Dirigida, 2002.

PROTIL, R. M. **Mudança organizacional frente às novas tecnologias: um estudo de caso em uma cooperativa Industrial.** XXVII EnANPAD. *Anais...* Atibaia: ANPAD, 2003.

QUEIROZ, C. **Cooperativas de serviços e trabalho.** São Paulo: STS, 2000.

RANGEL, E. **Cooperativa de trabalho médico: emergência e bifurcações.** Santa Maria: Palloti, 2006.

REZENDE, C. F; REZENDE, D.C. **Impactos do turismo: uma análise sob a ótica da população receptora.** XXIX EnANPAD *Anais...* Brasília: ANPAD, 2005.

RICCIARDI, L. L.; LEMOS, R. **Cooperativa, a empresa do século XXI**. São Paulo: LTr, 2000.

RIOS, L. O. Cooperativas brasileiras. **Manual de sobrevivência & crescimento sustentável**. São Paulo: STS, 1998.

RIZZARDO, A., PORTO, E. H., TURRA, S. B., TURRA, T. B. **Planos de assistência e seguros de saúde**: Lei 9656, de 3 de junho de 1998. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1999.

ROCHA, E. E. R. B. **O cooperativismo agrícola em transição**. (Tese de doutorado) Campinas: IE/UNICAMP, 1999.

ROCHA SILVA, C. R.; FLEIG, D. G. **Vantagens e barreiras da tecnologia de informação**: um estudo de caso na cooperativa regional dos suinocultores de Passos, MG. XXIX EnANPAD *Anais...*Brasília: ANPAD, 2005.

RODRIGUES, A. L. **Conflitos na construção de sentido na casa verde**: Uma experiência de uso conjunto das teorias institucional e da estruturação na análise organizacional. XXIX EnANPAD *Anais...*Brasília: ANPAD, 2005.

\_\_\_\_\_. **Modelos de gestão e inovação social em organizações sem fins lucrativos**: Divergências e convergências entre Nonprofit Sector e economia social. 2006

ROQUETE, F; OLIVEIRA, M. **O desafio de organizar o quadro social**: um estudo em Cooperativas do Estado de Minas Gerais. XXVIII EnANPAD. *Anais...*Curitiba: ANPAD, 2004.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

RUIZ, J. A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1979

RUEDIGER, M. A. e RICCIO, V. Grupo focal: método e análise simbólica da organização e da sociedade. In: Vieira, M.M.F e ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração**. SP: FGV, 2004.

SALAZAR, A., RODRIGUES, K., SILVER, L. DOLCI, M. I. R. L. **Planos de saúde**. Série cidadania. São Paulo: Globo, 2001.

SAPOVICIS, R. T; SOUZA, M. T. S. de. **Gestão social e democrática em cooperativas de trabalho**: um estudo de caso na Cooperdata Processamento de Dados. ENANPAD – ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 2004, 28. Curitiba. Anais... Curitiba: ANPAD, 2004.

SAUSEN, J. O; TRETER, J; WBATUBA, B. B. R. **As estratégias de mudança e recuperação de uma importante cooperativa de produção do complexo do *agribusiness* gaúcho**. XXVIII EnANPAD. *Anais...* Curitiba: ANPAD, 2004.

SAVATER, F. **Ética como amor-próprio**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

SCHNEIDER, J. **Educação cooperativa e suas práticas**. SESCOOP/SC: Unisinos, 2003.

SCHROEDER, J. T.; SCHROEDER, I. Responsabilidade social corporativa: limites e possibilidades. **RAE-eletrônica**, v. 3, n. 1, Art. 1, jan./jun. 2004

SCHWARTZ, G. A. D. **Direito a saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SCOTT, W.R. *Institutions and organizations*. London: Sage Publications, 2001.

SERAFIM, M. C. **Considerações acerca da solidariedade no espaço de produção para uma efetiva concretização de alternativas**. Ano I - Nº 03 - Dezembro de 2001 - Quadrimestral - Maringá - PR - Brasil - ISSN 1519.6178. 2001.

SERVA, M; ANDION, C. **A teoria das organizações e a nova sociologia econômica**: perspectivas de um diálogo interdisciplinar. XXVIII EnANPAD. *Anais...* Curitiba: ANPAD, 2004.

SIERRA, F. *Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social*. In: CÁCERES, L. J. G. (coord). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Prentice Hall, 1998.

SILVA, J. L. T. da. **Comentários à lei dos planos de saúde**. Porto Alegre: Síntese, 1998.

SILVA FILHO, C. **Cooperativas de trabalho**. São Paulo: Atlas, 2002.

SILVA JUNIOR, T. **O desafio da gestão de empreendimentos da economia solidária:** as tensões entre as dimensões mercantil e solidária na ASMOCONP/ Banco Palmas-CE. XXX EnANPAD. *Anais...* Salvador: ANPAD, 2006.

SILVA, F. A. R.; MAHAR, D. **Saúde e previdência social:** uma análise econômica. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1974.

SOUSA, M; SETTE, A. T. M. S. **Potencialidade e limitações na exportação de frutas:** o caso da cofrutoeste. XXVIII EnANPAD. *Anais...* Curitiba: ANPAD, 2004.

SOUZA, A. R. de, CUNHA, G. C., DAKUZAKU, R. Y. (org). **Uma outra economia é possível:** Paul Singer e a economia solidária. São Paulo: Contexto, 2003.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, E. R. **Administração.** Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1995.

SUCHMAN, M. *Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. Academy of Management Review*, v. 20, n. 3, p. 571-610, 1995.

TANURE, B. **Gestão à brasileira:** somos ou não diferentes? uma comparação com América Latina, Estados Unidos, Europa e Ásia. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

TEIXEIRA, R. de F.: Discutindo o terceiro setor sob o enfoque de concepções tradicionais e inovadoras de administração. **Caderno de Pesquisas em Administração.** São Paulo, v. 11, n. 1, jan-mar, 2004.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis: Vozes, 2005.

TEMP, L. **Cooperativismo:** idéias e tendências. SESCOOP/SC: Arcus, 2004.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna.** Teoria social crítica na era dos meios de comunicação. Petrópolis: Vozes, 1995.

TRAGTENBERG, M. **Burocracia e ideologia.** São Paulo: Atlas, 1985.

TRETER, J; KELM, L. M. **Decisões de investimentos e gestão do capital de giro na perspectiva da governança corporativa:** um estudo em cooperativas de produção do Rio Grande do Sul. XXIX EnANPAD *Anais...*Brasília: ANPAD, 2005.

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

UNIMED DO BRASIL. Disponível em: <[www.unimed.com.br](http://www.unimed.com.br)>. Acessado em: out. 2007.

VALADARES, J.H. **Capitalismo, cooperativismo e modernização.** Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 1998.

VEJA – Ed Ferreira, Gustavo Azeredo e Helvio Romero - 04.08.04. Disponível em: <http://www.planosdesaude.net/MidiaArq.aspx?arquivo=not473.htm>. Acessado em: set. 2007.

WEIL, P. **Nova linguagem holística.** Um guia alfabético. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

WOODCOCK, George. **Anarquismo:** uma história das idéias e movimentos libertários. Vol. 1. Porto Alegre, 1983.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### PRIMEIRO CONTATO REALIZADO VIZANDO VIABILIZAR A PESQUISA EM UMA DAS SINGULARES UNIMED

----- Original Message -----

**From:** Ricardo Deeke

**To:** oooooo@oooooo.unimedsc.com.br

**Cc:** Octavio René Lebarbenchon Neto ; junior@unimedflorianopolis.com.br

**Sent:** Thursday, September 20, 2007 9:37 AM

**Subject:** Contato com as Unimed's para Dissertação

Prezado Oooooo, bom dia,

Sou Gestor de Relacionamento Corporativo na Unimed Grande Florianópolis e estou realizando o Mestrado em Administração na UNIVALI, campus de Biguaçu.

Vou agora para a parte "prática" da Dissertação e tomo a liberdade de lhe contatar, pois, de acordo com nosso Diretor Octavio, já houve um contato prévio com você quando da reunião do Comitê de Marketing este mês.

Pretendo, se possível, utilizar a Unimed Oooooooo como uma das bases para a Dissertação, cujo título será: **DILEMAS EM COOPERATIVAS DE SANTA CATARINA: ESTUDO MULTICASO SOBRE CONFLITOS ENTRE PRINCÍPIOS COOPERATIVISTAS, PRESSÕES MERCADOLÓGICAS E POLÍTICO-INSTITUCIONAIS EM DUAS UNIDADES DA UNIMED.**

Contatarei ainda o Ppppppp, da Unimed Ppppppp, para verificar a possibilidade de utilizar também a Unimed local como parâmetro.

O objetivo geral da pesquisa, haja vista o enquadramento do ramo da saúde do cooperativismo na regulamentação específica da saúde suplementar no país, será *Identificar e compreender os principais dilemas de duas entre as principais cooperativas UNIMED em Santa Catarina no que se refere aos possíveis conflitos entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e político-institucionais.*

Foram definidos três objetivos específicos:

- a) *Identificar e analisar os principais dilemas de cooperativas UNIMED em Santa Catarina no que se refere a possíveis conflitos entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e político-institucionais;*
- b) *Analisar a avaliação de dirigentes de cooperativas UNIMED-SC e seu departamento jurídico sobre a legislação do cooperativismo brasileiro e seus efeitos na gestão das cooperativas médicas;*
- c) *Analisar, na história da legislação do cooperativismo brasileiro, a Lei 5764/71, a regulamentação da assistência médica suplementar e os efeitos do Novo Código Civil no que tange ao cooperativismo.*

Para os objetivos específicos "a" e "b", foram identificados como procedimentos metodológicos: Entrevistas semi-estruturadas (questões de múltipla escolha e abertas), com dirigentes e cooperados. Além de uma possível observação participante em assembléias das cooperativas (sei que esta é muito difícil, mas, não custa perguntar).

Agradeço desde já a atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

**Adm. Ricardo Tiago Deeke**

**ANEXO 2****RESPOSTA NEGATIVA DE UMA DAS SINGULARES  
CONTATADAS**

----- Original Message -----

**From:** OOOOOOOO

**To:** deeke@unimedflorianopolis.com.br

**Cc:** Oooooooo

**Sent:** Friday, November 09, 2007 4:37 PM

**Subject:** Ref. Dissertação

Sr. Ricardo Tiago Deeke

Referente sua solicitação quanto a Dissertação, informamos que a Unimed Oooooooo neste momento, não poderá atender seu pedido, em virtude desta diretoria estar convocando em blocos todos os cooperados. Estas reuniões tiveram início em outubro e continuarão em Novembro, sendo que em dezembro faremos uma AGE para discutir o plano de Ação desta Cooperativa.

Agradecemos seu contato, sendo que esta diretoria se coloca à disposição para o próximo ano.

DIRETORIA  
UNIMED OOOOOOOOO

e-mail: ooooo@unimedoooooo.com.br

site: www.unimedoooooo.com.br

Fone: xx xxxx.xxxx

## ANEXO 3

### TÓPICOS PARA AS ENTREVISTAS QUALITATIVAS

Entrevistado (a):

Cargo:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tempo de Unimed ou em cooperativas:

- 1) Conflitos de interesse entre cooperados e entre diretoria e demais cooperados; Disputas pelo poder entre os cooperados; Problemas de agência; O processo decisório é influenciado pelas pessoas ou grupos com mais poder para obtenção de interesses próprios.
- 2) Baixa participação dos cooperados; Ocorre um pequeno interesse pela participação nas esferas de decisões formais; Falta transparência da cooperativa para com seus cooperados.
- 3) Individualismo nas ações.
- 4) Centralização de poder.
- 5) Falta de comprometimento dos cooperados.
- 6) A comunicação.
- 7) valorização dos princípios cooperativistas. Desvantagem?
- 8) O desejo pelo poder; pressões sociais; cultura e a busca por uma remuneração justa por parte dos médicos.
- 9) O crescimento da cooperativa aproxima sua forma de gestão com as de Empresas mercantis? Distância diretoria dos cooperados?
- 10) As pressões do mercado com sua lógica mercantil; dupla natureza da cooperativa.
- 11) A múltipla identidade do cooperado.
- 12) Não é possível um médico adquirir um tomógrafo e vir a solicitar tomografias em demasia como forma de financiá-lo?
- 13) Baixa qualificação do corpo de funcionários.
- 14) A Limitação de recursos, com a impossibilidade de abertura de capital e restrições para financiamentos.
- 15) A Cultura interna. Deficiência na tomada de decisão.
- 16) Questões políticas, como ausência de critérios para alocação de recursos, com prioridades muitas vezes divergentes entre uma diretoria e outra.
- 17) Há integração das cooperativas quanto a forma de gestão, ou vale a regra de mercado?

- 18) A concorrência de mercado.
- 19) Desgaste da imagem do Cooperativismo na sociedade.
- 20) Desconhecimento da doutrina cooperativista, desde a base da população até os cooperados.
- 21) Educação cooperativista.
- 22) Critérios para ingresso no Sistema Unimed.
- 23) Os problemas de marcação de consultas.
- 24) A unimilitância e duplamilitância.
- 25) A formação tecnicista do médico.
- 26) Stakeholders da Unimed.
- 27) Teto de reajuste para PF; Uso ilimitado de procedimentos; Possível eliminação de Carência; RN 160 (garantias financeiras); Portabilidade; RN 159 (Ativos garantidores); Resoluções da ANS; Tx saúde suplementar; Aumento do Rol de procedimento.
- 28) Ressarcimento ao SUS.
- 29) A mídia (Jornais, revistas, rádio, televisão, etc.).
- 30) Falha nos critérios para controle de materiais e medicamentos.
- 31) O Judiciário.
- 32) Código de Defesa do Consumidor (CDC).
- 33) Novo Código Civil.
- 34) legislação para o cooperativismo. Quais os principais pontos devem ser mudados? O que se pleiteia e porque ainda não foram votadas?
- 35) Representatividade do cooperativismo médico.
- 36) A Lei 9656/98. É benéfica para a Saúde Suplementar? O que deve mudar?
- 37) Ainda é vantajoso ser uma cooperativa médica no Brasil? Quais as vantagens?

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)